

---

СТОМАТОЛОГИЯ 2003

# МАТЕРИАЛЫ

5-го Российского научного форума  
СТОМАТОЛОГИЯ 2003

Москва, ЦДХ, 11-14 февраля 2003 года

Москва 2003

---

---

Материалы 5-го Российского научного форума «СТОМАТОЛОГИЯ 2003»  
М., «Авиаиздат», 2003-188 с.

Российская академия медицинских наук  
«Мораг-Экспо»

**ISBN 5-94943-005-0**

©«МОРАГ Экспо», 2003

---

---

# Т Е З И С Ы

## ПРОВЕДЕНИЕ ЛОСКУТНОЙ ОПЕРАЦИИ У ПАЦИЕНТА С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ С ОДНОВРЕМЕННЫМ ЗАКРЫТИЕМ ЛОКАЛЬНОЙ РЕЦЕССИИ

**Або С.Г.**

*г. Москва, ЦНИИС*

**Модина Т.Н.**

*г. Москва, ООО фирма «АРПА-М»*

Воспалительно-дистрофический процесс тканей пародонта приводит к деструктивным изменениям в костной ткани альвеолярного отростка, резорбцией компактной пластинки, образованием внутрикостных карманов, что часто в клинике сопровождается выраженной локальной рецессией. Поэтому при проведении хирургических вмешательств на пародонте, прежде всего лоскутной операции часто сталкиваемся с проблемой закрытия этих рецессий.

Случай из пародонтологической практики. В клинику обратился пациент Ф., 53 лет, с генерализованным хроническим пародонтитом, у которого в результате данного заболевания было потеряно 6 зубов, в том числе 12, 11, 21. Ранее пациенту проводилось консервативное лечение, и были изготовлены два шинирующих бюгельных протеза на верхнюю и нижнюю челюсти.

При обследовании отмечались глубокие пародонтальные карманы глубиной от 6мм и выше, над и поддесневые зубные отложения, на рентгенограмме отмечалась неравномерная костная деструкция с образованием костных карманов, в области 13 зуба отмечалась десневая рецессия глубиной 3 мм.

После проведения профессиональной гигиены пациенту лоскутные операции в технике Рамфьорд проводились в каждом секстанте. В области 13-16 зубов при лоскутной операции после отслаивания лоскута обнаружено отсутствие кортикальной вестибулярной пластинки, с дистальной стороны 13 зуба отмечается костный карман (одностеночный). Для более удобного подхода и мобильности лоскута были использованы дополнительные разрезы с медиальной стороны 13 зуба по альвеолярному гребню. После проведения кюретажа костный карман был заполнен коллапаном, для каркаса была использована резорбирующая мембрана Cortex, фиксирована частично слизистым лоскутом. Затем под инфильтрационной анестезией был взят свободный лоскут с неба в области 23 - 26 зубов. Лоскут помещен в физиологический раствор, а затем зафиксирован швами к раневой поверхности десневого края. Часть свободного лоскута после-

---

предварительной дезэпителизации подведена под десну для укрепления десневого края. Наложены швы, мембрана полностью закрыта лоскутом.

## КЛАССИФИКАЦИЯ ВЕСТИБУЛОПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

**Арсенова И.А., Сысолятин П.Г., Чуплинская В.В.**

*Россия, г. Новосибирск, медицинская академия*

Мелкое преддверие полости рта является распространенной аномалией строения слизистой оболочки, приводящей к различным патологиям зубо-челюстной системы (Грудянов А.И., 1999, Ueda M., 1998). В клинической практике вестибулопластические операции применяются при заболеваниях пародонта, рубцовых деформациях преддверия, аномалиях прикуса, деформациях челюстей, после костнопластических операций, при подготовке полости рта к протезированию (Иванов В.С., 1989, Vousquet, 1997, Степанов А.Е., 1995). В настоящее время не существует единой классификации оперативных вмешательств, направленных на изменение глубины преддверия полости рта. Нами разработана следующая классификация, объединяющая известные методы вестибулопластик и позволяющая выбрать оптимальный вид оперативного вмешательства.

Классификация вестибулопластических операций

Операции в области верхней челюсти

С вторичной эпителизацией раневых поверхностей:

А. с рассечением слизистой оболочки;

Б. с рассечением слизистой оболочки и надкостницы.

Субмукозные операции;

Операции со свободной пересадкой мукозного трансплантата;

Операции со свободной пересадкой дермального трансплантата.

Операции в области нижней челюсти

С вторичной эпителизацией раневых поверхностей:

А. с рассечением слизистой оболочки;

Б. с рассечением слизистой оболочки и надкостницы:

- с выделением и транспозицией подбородочного нерва.

Субмукозные операции;

Операции со свободной пересадкой мукозного трансплантата;

Операции со свободной пересадкой дермального трансплантата:

- с резекцией подбородочных бугорков и транспозицией подбородочно-язычной и подбородочно-подъязычной мышц.

---

# ПРИМЕНЕНИЕ ОЗОНИРОВАННОГО ОЛИВКОВОГО МАСЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ПАРОДОНТИТОВ ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ У БОЛЬНЫХ С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

**Ахметова Д.М.**

*Казанская государственная медицинская академия*

В комплексе лечебных мероприятий при воспалительных заболеваниях пародонта основное внимание уделяется устранению микробного фактора. При сочетании воспалительных заболеваний пародонта и соматической патологии основным направлением является индивидуальный подход к лечебным мероприятиям и минимизация медикаментозного воздействия на больного.

Целью работы явилось изучение эффективности применения озонированного оливкового масла при лечении хронических генерализованных пародонтитов легкой и средней степени тяжести.

Эффект озонотерапии при лечении воспалительных заболеваний обусловлен прямым дезинфицирующим и улучшающим трофику действием при местном применении. Многочисленные клинические исследования подтверждают, что озонотерапия в случае правильного применения не сопровождается побочными эффектами и не вызывает каких-либо отрицательных реакций.

Проведено обследование и лечение 32 больных в возрасте от 34 до 50 лет хроническим генерализованным пародонтитом легкой и средней степени тяжести. Из них 6 пациентов имели в анамнезе медикаментозную аллергию на антибиотики пенициллинового и цефалоспоринового ряда, 14 пациентов имели в анамнезе заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, хронический холецистит и язвенную болезнь желудка и 12-перстной кишки), 12 пациентов имели различную соматическую патологию (ИБС, гипертоническая болезнь, заболевания почек).

Всем больным был проведен следующий курс комплексной терапии: обучение и контроль гигиены полости рта, снятие зубных отложений, хирургическое лечение пародонтальных карманов, шинирование подвижных зубов системой "Glass rap", в качестве медикаментозной терапии применялись аппликации озонированного оливкового масла по 15 минут в течении 5 дней.

После проведенного курса лечения улучшались субъективные показатели: (отсутствие болей, запаха); объективно: снижение воспалительной реакции, выраженные в следующих индексах: индекс Грина-Вермильона уменьшился с  $3,24 \pm 0,04$  до  $0,8 \pm 0,01$ ; индекс РМА - с  $42,3 \pm 1,2\%$  до  $12,1 \pm 0,2\%$ , индекс ПИ - с  $2,8 \pm 0,1$  до  $0,4 \pm 0,1$ ; глубина пародонтальных карманов уменьшилась, скудное отделяемое пародонтальных карманов наблюдалось у 17%, кровоточивость отсутствовала.

---

Таким образом, применение озонированного оливкового масла в комплексном лечении хронических генерализованных пародонтитов у больных с общесоматической патологией может быть рекомендовано в виде мономедикаментозной терапии, поскольку не вызывает обострения основного заболевания.

## **ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ОЦЕНКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРЕДДВЕРИЯ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ**

**Берхеева Д.С., Ямашев И.Г.**

*Казань, государственный медицинский университет, государственная медицинская академия*

Мелкое преддверие полости рта - одна из причин расстройств микроциркуляции на данном участке, приводящих к развитию локализованного пародонтита. Для устранения этого предрасполагающего фактора широко применяются несколько методик вестибулопластики, общим недостатком которых являются интенсивные боли в области обширного раневого дефекта слизистой оболочки альвеолярного отростка.

Для выявления мелкого преддверия полости рта обследованы 650 детей в возрасте 8-12 лет. Глубину преддверия полости рта (от десневого края до начала переходной складки) измеряли градуированным зондом.

Мелкое преддверие полости рта (до 5 мм глубиной) выявлено у 149 детей (22,9%). При этом у 28 из них (4,3% от общего числа обследованных) - мелкое преддверие полости рта сочеталось с локализованным пародонтитом.

У последней группы больных было проведено определение показателей капиллярного кровотока методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) с использованием лазерного анализатора капиллярного кровотока "ЛАКК-01".

Показатель микрогемоциркуляции в области мелкого преддверия имел стойкое снижение до  $10,23 \pm 1,22$  усл. ед в 82% случаев. Выявлено снижение: работы гладкомышечного аппарата стенок сосудов, концентрации эндотелиальных клеток в стенках сосудов, внутрисосудистого сопротивления в стенках микрососудов пародонта, давления в венозном отделе сосудистого русла, вызываемого дыхательными экскурсиями; отмечалось незначительное увеличение градиента давления между артериолами и венами в ритме Геринга - Трау.

Эти изменения носят декомпенсированный характер и обусловлены выраженными застойными явлениями и своеобразной "усталостью" сосудов.

У 20 пациентов проведена вестибулопластика по Гликману в нашей модифи-

---

кации с применением защитной повязки собственной разработки. У 18 детей послеоперационный период протекал без особенностей, у двух произошло инфицирование операционной раны. В этих случаях проводилась ежедневная обработка раны гелем "Холисал" через защитную проницаемую повязку до купирования воспалительных явлений.

Необходимо отметить отсутствие послеоперационного отека тканей нижней губы и болезненности в области операционной раны при применении защитной повязки авторской разработки.

В результате оперативного вмешательства у всех детей были устранены аномалии прикрепления мягких тканей - глубина преддверия возросла до 8-10 мм за счет образовавшихся рубцовых соединений с удержанием слизистой оболочки. Произошла нормализация показателей ЛДФ (в среднем в 78,3% случаев).

Таким образом, у детей со сменным прикусом отмечается высокая вероятность развития локализованного пародонтита, вследствие мелкого преддверия полости рта, что требует его хирургической коррекции. Лазерная доплеровская флоуметрия является оптимальным диагностическим методом выявления и дифференциации расстройств микрогемоциркуляции в тканях пародонта детей с мелким преддверием полости рта.

## **СОСТОЯНИЕ И ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В г. ТВЕРИ (ТИПИЧНОГО ОБЛАСТНОГО ГОРОДА ЦЕНТРАЛЬНОГО РЕГИОНА РФ)**

**Богатов В.В., Румянцев В.А., Горлова Н.В., Валинов А.Ю.**

*Российская Федерация, г. Тверь, Тверская государственная медицинская академия*

*«Катастрофическим выглядит положение с пародонтологией, и в основном из-за нерешенности организационных проблем, слабой подготовки врачей, недостаточного количества специалистов»*

*В.К.Леонтьев, 2002 г.*

Стоматологи всего мира уделяют пристальное внимание проблеме лечения заболеваний пародонта. На территории бывшего СССР распространенность заболеваний пародонта составляет 80-100% (Т.И. Лемецкая, 1989г.). В Тверской области заболевания пародонта выявлены у 98,2 % жителей в возрасте 35 44 лет и у 100 % в возрасте 65 74 лет (Е. Б. Ольховская, 1997г.). Таким образом, высокая распространенность воспалительных заболеваний пародонта, и связан-

---

ные с этим значительные изменения в зубочелюстной системе заболевшего, делают эту проблему не только общемедицинской, но и социальной, так как заболевание поражает наиболее трудоспособную часть населения. Тем не менее, внимание к вопросам пародонтологии не велико, особенно с точки зрения организации здравоохранения. В г.Твери в государственных стоматологических клиниках ведут прием 16 врачей стоматологов-пародонтологов (7% от всех работающих стоматологов). По данным Управления лицензирования в частных стоматологических клиниках стоматологов-пародонтологов в штате нет. Последние три года (1999-2001гг.) снижается количество пролеченных больных (1999г.-3286, 2000г.-2946, 2001г.-2906).

Несмотря на то, что для получения наилучшего лечебного эффекта - длительной ремиссии, в комплексной терапии пародонтита средней и тяжелой степени является обязательным хирургическое лечение (Г.М.Барер, Т.И.-Лемецкая, 1996г.), количество проведенных хирургических вмешательств на пародонтологическом приеме снизилось на 40,7% (2000г.-1469, 2001г.-872).

При опросе врачей-стоматологов, работающих в государственных стоматологических клиниках, на вопрос о необходимости введения дополнительных пародонтологических услуг 32% ответило положительно (причем большинство из них - молодые специалисты со стажем работы до 5 лет). При опросе же руководителей государственных стоматологических клиник никто не указал пародонтологию в качестве одного из приоритетов развития.

Причиной такого диссонанса является необходимость соблюдения нормативов штатного расписания в жестких рамках бюджетно-страхового финансирования, которое не дает руководителям возможность развивать необходимое пациентам, а соответственно экономически выгодное для учреждений направление. Отсутствие же в штате частных стоматологических клиник врачей-стоматологов-пародонтологов не говорит о не предоставлении ими пародонтологических услуг. Это лишь свидетельствует о несоответствии юридической базы здравоохранения (в частности Приказа МЗ РФ 238 от 26.07.02 Об организации лицензирования медицинской деятельности)-реалиям действительности, когда научное и лечебное направление пародонтология есть, а сертификата специалиста врач-стоматолог-пародонтолог не существует. В связи с этим невозможно создать пародонтологические отделения, как самостоятельные службы в государственных стоматологических клиниках, а негосударственные клиники ведут прием пародонтологических пациентов в необорудованных для этого терапевтических кабинетах, что существенно снижает качество оказываемой помощи.



---

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИОАКТИВНОГО КОСТНО-ПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА В ПАРОДОНТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

**Болбат М.В.**

*г. Бердск, Новосибирской обл., Городская стоматологическая поликлиника*

На сегодняшний день современная пародонтальная хирургия невозможна без применения направленной тканевой регенерации, остеопластических материалов (костного и синтетического происхождения) для закрытия костных дефектов, которые часто сопровождают воспалительно-деструктивные процессы в тканях пародонта (Quinones, 1995; Newman, 1996; Модина Т.Н., 1999). Восстановление структуры костной ткани альвеолярного отростка способствует уменьшению подвижности зубов, сохранению краевого пародонта с отсутствием или минимальной рецессией десневого края. Поэтому закрытие внутрикостных дефектов при пародонтите является актуальным. Выбор материала связан не только с адекватным и полноценным заполнением костного дефекта, но и с такими качествами используемого трансплантата, как биосовместимость, остеокондуктивность, способностью стимулировать процессы репаративного остеогенеза, а также его стоимостью.

В своей работе мы использовали биоактивный костно-пластический материал "Депротекс", разработанный в научно-исследовательском институте травматологии г. Новосибирска, в лаборатории консервации костной ткани.. Депротекс, другое название ДППК-гель 3А представляет собой гранулированную, дозированную (0,3грамма) композицию чистого гидроксиапатита биологического происхождения, коллагеновой добавки и трех антибиотиков (цифран, рефлин, дифлюкан), которые действуют местно в ране на протяжении 20 дней. Таблетированная форма депротекса хранится при температуре -20 С в течение года.

В течение 10 лет мы применяли "Депротекс" для закрытия костных дефектов у 214 пациентов с воспалительно-деструктивными процессами в тканях пародонта.

Клинический пример. Пациентка И., 42 года, обратилась с жалобами на неприятный запах изо рта, воспаление и кровоточивость десен, смещение и подвижность зубов, распухание десны и постоянное гнойное отделяемое в области корня 35 зуба.

В анамнезе: кровоточивость десен и воспаление десен беспокоит более десяти лет, смещение зубов происходит постепенно, меняя внешний вид пациентки, в последние два года пациентка отмечала частые обострения (4 раза в год), ранее лечение по поводу пародонтита не получала.

---

Объективно при осмотре наблюдается: частичная вторичная адентия верхней и нижней челюсти, деформация зубных рядов (веерообразное расхождение зубов и подвижность моляров первой степени, 35-третьей степени) мелкое преддверие нижней челюсти; гиперемия, отек слизистой, свищевой ход в проекции верхушки зуба 35 зуба с язычной стороны, наличие над- и поддесневых зубных отложений. При зондировании отмечаются пародонтальные карманы от 4 до 10 мм; проба Писарева - Шиллера -2 балла, пародонтальный индекс (ПИ) -6,6. По данным рентгенографии (ОПТМГ - ортопантомограмма и визиография) определяется неравномерная деструкция костной ткани альвеолярного отростка, костный показатель (КП) -0,65, в области верхушки корня 35 зуба отмечается костный дефект диаметром 8мм.

Диагноз: Генерализованный пародонтит тяжелой степени. Радикулярная киста в области 35 зуба.

Лечение. Пациентке проведено комплексное лечение, включающее в себя профессиональную гигиену, антибиотикотерапию, эндодонтическое лечение 35 зуба, временное съемное протезирование, ортодонтическое лечение + избирательное пришлифовывание. На этапе хирургического вмешательства использовалась лоскутная операция в технике Рамфьорд с использованием депротекса. В области 35 зуба отслойка слизисто-надкостничного лоскута была сделана на уровне дефекта костной ткани в области апекса. После удаления кистозного содержимого и обработки костной ткани дефект был заполнен также Депротексом. Наложены швы.

Послеоперационный период проходил без особенностей. На 10 сутки перкусия 35 зуба отрицательная. Через месяц на рентгеновском снимке наблюдается формирование костной структуры в области межкорневых перегородок и дефекта в области проекции корня 35 зуба. Через 4 месяца плотность костной структуры в области 35 зуба улучшилась и возросла до 165 (изначально по данным визиографа плотность кости в области костного дефекта проекции корня была нулевой, а норма здоровой кости 185), в области ранее здоровой кости плотность возросла от 185 до 209. Через два года подвижности зубов не отмечается, отмечается увеличение КП до 0,75, костный дефект в области верхушки 35 зуба полностью отсутствует.

Таки образом, биоактивный костно-пластический материал "Депротекс" может успешно применяться наряду с отечественными и зарубежными остеопластическими препаратами для закрытия костного дефекта не только при пародонтите, но и в амбулаторной хирургии.

---

## ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ БОЛЕЗНЯМИ ПАРОДОНТА СЕЛЬСКИХ ШКОЛЬНИКОВ НОВГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

**Бритова А.А., Сухочева Т.М., Романюк В.Ф..**

*Россия, Великий Новгород, Государственный Университет имени Ярослава Мудрого, кафедра терапевтической стоматологии.*

Целью работы было определение распространенности болезней пародонта у сельских школьников средней и старшей возрастной групп при проведении диспансеризации.

Материал и методы. Осмотрено 633 школьника. В Волотовском районе осмотрено 270 школьников, в том числе 141 ребенок средней возрастной группы и 129 старшей. Мальчиков было 134 и почти столько же девочек - 136. В Батецком районе осмотрено 363 школьника, в том числе 260 школьников средней возрастной группы и 103 старшей. Число мальчиков было 191 и столь же девочек - 191. Проводилась беседа с детьми, выяснялись жалобы. Данные обследования вносились в карту стоматологического осмотра. В ней отмечались паспортные данные, прикус, зубная формула, кариес, некариозные поражения зубов, состояние десен и слизистой оболочки полости рта. Определялись индексы гигиены по Федорову-Володкиной, КПУ, КПУ+кп, индекс СРITN. Полученная информация подвергалась статистическим методам обработки.

Полученные результаты. Жалобы на кровоточивость десен предъявили в средних группах 4,9% осмотренных, в старших - 24,8%. Гигиена полости рта была удовлетворительной, индекс гигиены равнялся в средней группе 1,6+0,02 и 1,7+0,01. Заболевания пародонта воспалительного характера имели 158 (58,5%) школьников Волотовского района и 116 (31,9%) Батецкого. Хронический генерализованный катаральный гингивит легкой и средней степени диагностирован у 59,5% детей средней групп и в 42,6% старших. Распространенность признаков поражения пародонта у 15-летних подростков Волотовского района была средней. Кровоточивость десен была у 48,1% обследованных, зубной камень - у 21,0%. Уровень интенсивности признаков поражения пародонта у них так же была средий. Кровоточивость отмечена в 0,6+0,02 секстантах, зубной камень - у 1,6+0,04. В Батецком районе распространенность признаков поражения пародонта была низкой и составила 31,9% при кровоточивости десен 0,4+0,01 секстантов и зубном камне 1,5+0,01. Наибольшая распространенность признаков поражения десен была в возрасте 11,12 и 13 лет. В пубертатном периоде начиная с 11 лет наблюдался резкий подъем гингивита (73,3%).

Выводы. Распространенность воспалительных форм болезней пародонта у школьников Волотовского района была средней, у школьников Батецкого рай-

---

она - низкой. Школьники средней и старшей возрастных групп нуждались в гигиеническом воспитании, снятии зубного камня и лечении хронического генерализованного катарального гингивита легкой и средней степени и хронического генерализованного пародонтита легкой степени.

## **ПРИМЕНЕНИЕ МАГНИТО-ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВЕРХУШЕЧНОГО ПЕРИОДОНТИТА В ЗУБАХ С НЕЗАВЕРШЕННЫМ ФОРМИРОВАНИЕМ КОРНЕЙ**

**Винниченко А.В., Гилязетдинова Ю.А.**

*г. Москва, Центральный НИИ Стоматологии, Российская Медицинская Академия Последипломного Образования*

Несмотря на широкое применение методов профилактики и плановой санации, осложненные формы кариеса у детей встречаются часто. В возрасте от 7 до 14 лет в постоянных зубах с несформированными корнями эти процессы представляют собой особую проблему, обусловленную морфологическими особенностями строения корневого канала.

Неэффективное, консервативное лечение периодонтита приводит к ранней потере постоянных зубов, деформации зубных рядов, возникновению патологии прикуса или необходимости раннего протезирования.

Целью настоящего исследования явилось дальнейшее развитие и совершенствование способа лечения верхушечного периодонтита с применением магнито-лазерного излучения, повышение качества и эффективности лечения, снижение осложнений.

Изучены ближайшие и отдаленные (6-12 месяцев) результаты лечения верхушечного периодонтита с использованием магнито-лазерной терапии у 63 детей в возрасте от 7 до 17 лет.

Всем пациентам сразу после пломбирования проводили магнито-лазерную терапию с использованием лазерного физиотерапевтического стоматологического аппарата "Оптодан" (по 1-2 минуты на 1-ом и 2-ом канале). Последующее количество процедур определяли индивидуально для каждого больного с учетом клинической и рентгенологической картины.

Анализ ближайших результатов применения магнито-лазерной терапии для лечения периодонтита, включая послепломбировочные осложнения показал, что у 43 человек (68%) какие-либо осложнения отсутствовали. У 14 чел. (22%) наблюдали слабые и у 4 чел. (6%) умеренно выраженные болевые ощущения.

---

Таким больным проводили 3-4 процедуры магнито-лазерной терапии. И только у 2 человек (3%) период после лечения протекал с резко выраженными осложнениями, для купирования которых проводили 4-6 процедур магнито-лазерной терапии в сочетании с противовоспалительными средствами (сульфаниламидами и антигистаминными препаратами в возрастной дозировке).

Анализ отдаленных (6-12 месяцев) результатов лечения верхушечного периодонтита показал, что благоприятная рентгенологическая картина периапикальных тканей наблюдается в 61,9% (у 39 чел.), положительная динамика рентгенологических данных, соответствующая уменьшению околоверхушечного очага деструкции наблюдается в 31,1% (у 19 чел.). В 7% наблюдений (5 чел) очаг деструкции костной ткани остался без изменений.

Таким образом, применение принципиально новой методики магнито-лазерного воздействия в ранний период лечения верхушечного периодонтита в зубах с незавершенным формированием корней, направленного на форсирование процессов регенерации периапикальных тканей с одновременным усилением противовоспалительного действия путем сочетанного облучения патологического очага сначала на I, а затем на II каналах лазерного аппарата "Оптодан" позволило существенно и достоверно ( $P < 0,05$ ) повысить эффективность и качество лечения.

## **НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОНСТРУИРОВАНИИ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПОЛНЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЗУБОВ**

**Войтяцкая И.В., Фисенко Г.П., Ястребов Г.К.**

*Кафедра ортопедической стоматологии СПб МАПО*

Проблема реабилитации больных с полным отсутствием зубов остается актуальной по сей день, т.к. традиционные методики стандартизируют процесс диагностики и конструирования полных съемных протезов без учета индивидуальных особенностей, что, в конечном итоге, увеличивает сроки адаптации больных к данному виду зубных протезов или отказ от последних.

Анатомические, физиологические и психологические особенности лиц с полным отсутствием зубов осложняют реализацию ортопедических мероприятий и последующую адаптацию. Количество больных, не пользующихся полными съемными протезами, достигает 20-27%. Функциональные особенности зубочелюстной системы пациентов с полным отсутствием зубов диктуют необходимость поиска нестандартных подходов при реабилитации данной группы больных с максимальным учетом индивидуальных особенностей.

---

Целью нашей работы является концентрация современных методик и технологий при лечении больных с полным отсутствием зубов, обеспечивающих учет индивидуальных особенностей пациентов. Конструирование полных съемных протезов необходимо рассматривать как единый клинико-лабораторный процесс, который включает 2 этапа:

Определение и регистрация индивидуальных параметров взаимодействия челюстей на этапе формирования диагностической информации с индивидуальным подбором и определением чувствительности на конструкционный материал.

Реализация индивидуальных статистических и диагностических параметров взаимодействия челюстей при конструировании зубных протезов.

На первом диагностическом этапе сбора информации регистрируются основные статические параметры:

воспроизведение состояния органов и тканей протезного ложа путем получения оттиска, изготовление индивидуальных жестких ложек из пластмассы, припасовка последних и формирование замыкающего клапана с использованием объемного моделирования.

определение оптимальных конструктивных взаимоотношений челюстей в статическом состоянии, т.е. в положении стартовой точки для любых движений нижней челюсти. Эта задача решается путем определения конструктивного прикуса функционально-физиологическим методом с учетом выбора интегрированного показателя максимального усилия сжатия челюстей с помощью аппарата АОЦО. определение индивидуального уровня окклюзионной (постановочной) поверхности зубных рядов с учетом проведения фонетических проб. получение функциональных оттисков под контролем конструктивного взаимоотношения челюстей. ориентация полученной модели верхней челюсти и постановочной поверхности в универсальном артикуляторе с помощью лицевой дуги.

На первом этапе сбора информации об индивидуальных особенностях пациента с полным отсутствием зубов осуществляется подбор конструкционного материала с помощью эпимукозных тестов (контактной биомикроскопии).

На втором этапе конструирования протезов реализуются данные индивидуальных статических и динамических параметров взаимоотношений челюстей.

Постановка искусственных зубных рядов осуществляется по индивидуально ориентированной постановочной поверхности, определяемой в межальвеолярном пространстве с помощью функциональных проб методом функционального отпечатка.

В целях индивидуализации постановки функциональные положения нижней челюсти (переднее и боковые смещения) фиксируются с помощью регистратов и реализуются как индивидуальные динамические параметры при воспроизведении диагностической информации в артикуляторе. К динамическим параметрам

---

трам относятся углы сагиттального и резцового путей, угол Беннетта, величина начального бокового смещения на балансирующей стороне (ISS), величина углового отклонения на рабочей стороне (угол Shift), величина дистального перемещения суставной головки на рабочей стороне при боковых смещениях нижней челюсти (суставная ретрузия).

Таким образом, в данной работе мы использовали разнообразный опыт стандартных методик при конструировании полных съемных протезов. Однако, функциональные особенности зубочелюстной системы пациентов с полным отсутствием зубов диктует необходимость поиска нестандартных решений, основанных на максимальном отражении в конструкции и материале зубных протезов индивидуальных особенностей пациентов данной группы.

## **ОСОБЕННОСТИ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПАРОДОНТИТЕ, ОСЛОЖНЕННОМ ОТСУТСТВИЕМ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ЗУБОВ**

**Гаража С.Н.**

*г. Ставрополь, Ставропольская государственная медицинская академия*

При пародонтите средней и тяжелой степени эффективное ортопедическое лечение обеспечивается только при стабилизации зубного ряда по дуге в сочетании с парасагиттальной стабилизацией (В.Н.Копейкин, 1980), но в случаях отсутствия жевательных зубов применить такой вид стабилизации не представляется возможным. В таких клинических ситуациях использование съемных и несъемных шинирующих аппаратов, распределяющих давление только на ткани пародонта, не может обеспечить длительного лечебного эффекта.

С целью совершенствования известных и обоснования новых методов ортопедического лечения при пародонтите, осложненном отсутствием жевательных зубов нами проведены экспериментальные и клинические исследования.

В экспериментальных исследованиях применены методы аналогового физического моделирования и тензометрии. Клинические исследования основаны на обследовании, лечении и динамическом наблюдении 156 больных. Результаты лечения оценивали с использованием индексной оценки состояния пародонта, рентгенографии и реопародонтографии.

На основании проведенных исследований установлено, что Т-образные кламмеры, объединенные в замкнутую систему, вестибулярный многозвеньевой кламмер и несъемные шины являются наиболее эффективными методами шинирования фронтальной группы зубов. Применение данных видов шинирую-

---

щих систем позволяет равномерно распределить различные по величине и направлению нагрузки. Многозвеньевой кламмер с вестибулярными отростками недостаточно эффективен в распределении вертикального компонента жевательного давления, что суживает показания к применению этой системы при пародонтите тяжелой степени.

При деструкции пародонта на 0,5 и более в случаях отсутствия или патологической подвижности жевательных зубов распределение жевательного давления только на ткани пародонта при использовании шин недостаточно для достижения стойкого эффекта лечения, так как зубы и вся шинирующая система смещаются в переднезаднем направлении при функциональных нагрузках. В таких клинических ситуациях возможно повысить эффективность шинирования путем перераспределения части давления с пародонта на выраженные альвеолярные бугры верхней челюсти и переднюю треть твердого неба, применяя в лечебных аппаратах стабилизирующую пластинку. Стабилизирующую пластинку следует располагать в передней трети твердого неба, изготавливая ее по типу литого базиса, с обязательным освобождением краевого пародонта всех сохраненных зубов с целью предотвращения его травмирования.

## **ОПТИМИЗАЦИЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ ЧЕЛЮСТЕЙ**

**Гарафутдинов Д. М.**

*г. Москва, Институт повышения квалификации ФУ "Медбиоэкстрем", кафедра клинической стоматологии и имплантологии*

Впервые методика определения минеральной насыщенности костной ткани измерением оптической плотности рентгенограмм - рентгенденситометрия была разработана более 50 лет назад. Основы методики заключаются в одно-временной рентгенографии на одну и ту же пленку исследуемого отдела скелета при стандартных условиях вместе с эталоном (алюминиевый или гидроксипатитовый ступечтатый клин).

J. Cameron, J. Sorenson в 1963 г. сообщили о новом методе определения содержания костных минералов - фотонной абсорбциометрии. Метод основан на измерении поглощения костью фотонов, излучаемых монохроматическим источником I 123.

Известна техника двойной фотонной абсорбциометрии (использование изотопа, испускающего два фотонных пучка с различной энергией (обычно Gd).



---

Мы детально изучили возможности компьютерной томографии на черепе человека. По сравнению с другими способами определения содержания костных минералов количественная компьютерная томография имеет ряд преимуществ:

поперечное изображение костей скелета дает возможность не только составить представление о его анатомии, но и отдельно измерить кортикальный слой, губчатое вещество и общее содержание костных минералов;

возможность определения коэффициента линейной абсорбции для определенного объема кости (настоящее измерение плотности);

при методе с использованием двух уровней энергии содержание минералов может определяться с высокой степенью точности.

Результаты оценки состояния, полученные при компьютерной томографии коррелируют с данными морфометрического анализа костной ткани, биопсированной у тех же пациентов, и высокую точность измерений (ошибка до 1%).

## **ПРИМЕНЕНИЕ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ СИСТЕМЫ "ЭНДОДОНТИЯ" ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ ВЕРХУШЕЧНОГО ПЕРИОДОНТИТА**

**Гилязетдинова Ю.А.**

*г. Москва, Центральный НИИ Стоматологии, Российская Медицинская Академия Последипломного Образования*

В условиях рыночной экономики и страховой медицины резко возросли требования пациентов к качеству и эффективности лечения. Еще недавно иски пациентов против врачей были большой редкостью. Сегодня ситуация изменилась, и возникает необходимость рассматривать дела о возмещении вреда здоровью и жизни пациента, причиненного медицинским работником.

Сведения, содержащиеся в первичной медицинской документации пациента, представляют собой ценную информацию и имеют существенное юридическое значение для выяснения обстоятельств оказания стоматологических услуг и оценки их качества.

Защитой врача от необоснованных претензий в подобных случаях должно быть правильное ведение истории болезни. Несмотря на очевидное юридическое значение первичных медицинских документов, многие врачи небрежно относятся к ведению амбулаторных карт, что впоследствии нередко приводит к различным организационным и клиническим проблемам.

---

Компьютерные амбулаторные карты соответствуют требованиям стандартов на диагностику и лечение стоматологических заболеваний. Унифицированная (упорядоченная) и регламентированная система ведения компьютерных амбулаторных карт обеспечивает преемственность и взаимодействие врачей поликлиники.

Мы использовали компьютерную автоматизированную систему "Эндодонтия" для дифференциальной диагностики и лазерной терапии верхушечного периодонтита (Жижина Н.А., Прохончуков А.А., Балашов А.Н., Пелковский В.Ю., 1997). Нами обследовано 40 пациентов в возрасте от 17 до 73 лет с различными формами верхушечного периодонтита и 63 пациента в возрасте от 7 до 17 лет с различными формами верхушечного периодонтита зубов с незавершенным формированием корней. Система "Эндодонтия" учитывает не только нозологические единицы как таковые (кариес, пульпит, периодонтит), но и определенное многообразие их клинических форм. Все эти клинические формы представлены в системе "Эндодонтия" в дифференциальном диагностическом ряду в формализованном виде (диагностическая матрица алгоритма).

Таким образом, дифференциальная диагностика компьютерным методом осуществляется в достаточно широком массиве, так как компьютерный логический анализ проводится на основе порядка 110 диагностических признаков. База знаний экспертной системы основана на заложенном в компьютерную программу многолетнем опыте группы специалистов высшей квалификации (профессоров, доцентов).

В результате эксплуатации системы выросла производительность труда врачей и среднего медицинского персонала на 25 - 35% за счет избавления от рутинной канцелярской работы а также повысилась эффективность и качество оказания стоматологической помощи населению. Система "Эндодонтия" обеспечивает юридически обоснованные возможности оказания сверхнормативных платных услуг и правовую защиту интересов лечебного учреждения и врачей (по искам пациентов).

## **КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ В ЭСТЕТИЧЕСКОМ АСПЕКТЕ**

**Гиниятуллин И.И., Сокольская Д.И., Габитов Р.С., Гаязова А.Д.**

*г.Казань, кафедра терапевтической стоматологии КГМУ*

Большая распространенность и все возрастающая интенсивность поражения населения кариесом зубов делают все более актуальными вопросы лечения кариеса зубов и его осложнений (Кузьмина Э.М., 2000г). Эта патология помимо разрушения твердых и мягких тканей зубов приносит ощутимый ущерб эстетическому и

---

функциональному состоянию зубочелюстной системе (Е.В. Боровского, 1997г).

К сожалению, практика лечения кариеса часто свидетельствует об эстетической неудовлетворенности пациентов результатами восстановления анатомической формы и цвета коронок зубов. Особенно эта неудовлетворенность выражается при лечении кариеса с использованием на дистальной группе зубов цемента, пластмасс, акрил оксида, амальгамы и других материалов не соответствующих естественному цвету и живому блеску эмали.

В современных условиях невозможно проведение качественного лечения кариеса и его осложнений без соблюдения эстетических аспектов пломбирования и восстановления коронки зуба. Для выявления причин неэстетического восстановления зубов нами был проведен анкетный опрос практических врачей-стоматологов, пациентов и выборочное изучение 300 амбулаторных карт пациентов, обратившихся по поводу кариеса зубов и его осложнений.

Статистическая обработка результатов анкетирования показала, что результаты лечения с учетом критериев качества и эстетических аспектов достоверно отличались от лечения, проведенных без учета этих требований.

Результаты наших исследований позволяют рекомендовать практической стоматологии повысить требования к качеству восстановительного лечения кариеса и его осложнений, раз и навсегда отказаться от применения реставрационных материалов на дистальной группе зубов не отвечающих эстетическим требованиям. Реставрация коронки дистального зуба должна осуществляться врачом-терапевтом только микрофильными, гибридными композиционными или другими высокоэстетичными пломбировочными материалами. Современные композиционные материалы являются прекрасной альтернативой к традиционным пломбировочным материалам и существенно расширяют возможности функциональной и эстетической реставрации зубов.

## **ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАСТРУКТУРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЭНДОТЕЛИОЦИТОВ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ПЕРИИМПЛАНТАНТНЫХ ТКАНЕЙ**

**Гирич Л.В., Горчаков В.Н., Логинов А.Г., Олесова В.Н.**

*Институт повышения квалификации ФУ "Медбиоэкстрем" МЗ РФ, НИИ клинической и экспериментальной лимфологии СОРАМН, Новосибирская государственная медицинская академия МЗ РФ*

Состояние системы микроциркуляции перимплантатных тканей является фактором, во многом определяющим течение репаративных и адаптационных

---

процессов в постимплантационный период. Оценивая состояние эндотелиоцитов, мы приходим к правильному пониманию морфологии и физиологии микроциркуляторного русла, что необходимо для решения проблем, касающихся долгосрочного функционирования имплантата.

Целью настоящего исследования было изучение сравнительной ультраструктурной организации эндотелиоцитов кровеносных и лимфатических капилляров десны в динамике экспериментальной имплантации никелида титана.

Эксперимент проводили на 30 белых лабораторных крысах-самцах линии Вистар. Экспериментальную имплантацию образцов никелида титана (ТН-10) осуществляли в альвеолярный отросток нижней челюсти в области моляров. Группу ложнопериорированных животных считали контрольной. На 7 и 14 сутки эксперимента проводили забор тканей десны из зоны имплантации. Электронномикроскопическое и морфометрическое исследование эндотелиоцитов кровеносных и лимфатических капилляров выполняли в соответствии со ставшими общепринятыми принципами и методами, изложенными в ряде отечественных и зарубежных руководств.

При экспериментальной имплантации никелида титана выявлены существенные изменения ультраструктурной организации эндотелиоцитов кровеносных и лимфатических капилляров десны. На 7 сутки эксперимента более выраженные изменения наблюдаются в ультраструктурной организации эндотелиоцитов кровеносных капилляров: суммарное количество микровезикул уменьшается на 20% (по сравнению с контролем), количество крист митохондрий уменьшилось на 50% при увеличении объемной плотности митохондрий на 10%, по видимому, за счет отека. Объемная плотность суммарных рибосом изменилась недостоверно. В соответствующий срок исследования изменения ультраструктуры эндотелиоцитов лимфатических капилляров характеризовались снижением объемной плотности суммарных микровезикул на 10% (по сравнению с контролем). Количество крист митохондрий изменялось недостоверно, на фоне увеличения объемной плотности митохондрий на 20%. Объемная плотность суммарных рибосом достоверно увеличилась на 40%, в большей степени за счет увеличения объемной плотности прикрепленных рибосом.

На 14 сутки исследования количество микровезикул в эндотелиоцитах кровеносных капилляров имеет тенденцию к увеличению по сравнению с предыдущим сроком исследования. Сохраняется отечность митохондрий, количество крист снижено на 45% по сравнению с контролем. Объемная плотность суммарных рибосом изменяется недостоверно. На такой же срок исследования эндотелиоциты лимфатических капилляров характеризовались увеличением объемной плотности микровезикул на 10%, сохранялась тенденция к увеличению объемной плотности суммарных рибосом за счет увеличения объемной плотности свободных рибосом на 25%. Объемная плотность митохондрий снизилась на 20% при сохраняющейся тенденции увеличения количества крист.

---

Таким образом, проведенное в сравнительном аспекте исследование ультраструктурной организации эндотелиоцитов кровеносных и лимфатических капилляров периимплантадных тканей выявило наиболее выраженные изменения в ультраструктурной организации эндотелиоцитов кровеносных капилляров. В этих условиях основную дренажную функцию выполняют лимфатические капилляры.

## **СПОСОБ МОДИФИКАЦИИ ГИПСА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КРЕМНИЙ-ОРГАНИЧЕСКОЙ ЭМУЛЬСИИ ПМС-20РК**

**Голубев Н.А. Куралесин А.Н., Талалай М.А.**

*г. Воронеж. ВГМА им. Н.Н. Бурденко кафедра ортопедической стоматологии*

Клинические наблюдения ряда авторов свидетельствуют, что, несмотря на достигнутые успехи в изготовлении съемных пластиночных протезов, еще достаточно высок процент осложнений при пользовании ими. Одним из травмирующих факторов при этом является шероховатость внутренней поверхности базиса протеза, которая встречается в 25-74 % случаях их применения. Функциональная ценность протеза на наш взгляд во многом зависит от качества медицинского гипса, как основного паковочного материала при получении моделей и прессформ. Основными недостатками гипса промышленного производства являются: пористость, высокая адгезия к формуемым базисным материалам, хрупкость, недостаточно высокая технологичность, низкое качество рабочей поверхности прессформ.

С целью повышения основных физико-механических показателей медицинского гипса была использована модифицирующая добавка - кремний-органическая эмульсия ПМС-20РК с концентрацией сухого остатка 0,1%. Полученные модифицированные образцы испытывали на: ударный изгиб, время отверждения, разрушающее напряжение при сжатии и определяли шероховатость поверхности. Анализ результатов исследований позволил выявить: полученная композиция обладает высокой технологичностью, время отверждения, в зависимости от концентрации модификатора составляет от 10 до 15 минут, усадка композиции в процессе отверждения при комнатной температуре и с последующей термообработкой при 80-90°C происходит в пределах 0,1%. Физико-механические свойства разработанных композиций были в 1,5-2 раза выше по сравнению со свойствами стандартной композиции.

Использование ПМС-20РК с концентрацией сухого остатка 20% в качестве добавки позволило снизить адгезию гипса к формуемому базисному материалу.

---

Хорошая совместимость модификатора с водой обеспечила высокую технологичность гипсовой массы и создание качественной поверхности гипсовой модели, чистота которой соответствовала 10 классу точности, в результате чего пластмасса легко отделяется от поверхности гипсовой модели без применения изоляционного лака.

Результаты клинического обследования 24 пациентов, пользующихся съёмными протезами, изготовленными с применением модифицированного гипса, свидетельствуют о более высокой функциональной их эффективности, чем у контрольной группы больных. Следует также отметить, что обеспечение точного воспроизведения макро и микрорельефа слизистой оболочки протезного ложа на рабочей модели, а в последующем негативного его отображения на внутренней поверхности базиса позволили сократить период адаптации в два раза.

## **ОСТЕОИНТЕГРАЦИЯ СПЛАВОВ ТИТАНА В УСЛОВИЯХ ВОЗДЕЙСТВИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ**

**Гришин А.Р. Мушеев И.Ю.**

*г. Москва, Институт повышения квалификации ФУ "Медбиоэкстрем", кафедра клинической стоматологии и имплантологии*

В настоящее время с развитием атомной промышленности увеличился риск поступления в организм продуктов деления ядер урана. В связи с этим повысился уровень профзаболеваний у работников этой сферы. Многие радионуклеиды являются остеотропными. Поступая из внешней среды с пищей, водой, воздухом накапливаются в костной ткани организма человека и осуществляют патогенное влияние на ее биологические процессы. В связи с этим встает вопрос о возможности имплантации как методе протезирования, основой которого является остеointegrация костной ткани к сплавам имплантата.

С целью выяснения возможности образования остеointegrации титана в условиях хронического воздействия ионизирующего излучения на костную ткань проведены исследования на животных (кроликах).

В данном эксперименте были использованы следующие методы исследования.

морфогистологический  
гисторадиографический  
гематологический  
дозиметрический

---

Результаты исследований показали, что макроскопически у кроликов штифты интегрированы в 62,5% в контрольной группе и в 61% - в опытной.

Гисторадиографическое исследование показало наличие в костной ткани немногочисленных, редкорассеянных треков и единичных звезд. Отмечено усиление перестройки костной ткани, которая характерна для кроликов на протяжении всей жизни. Морфологические признаки иммунных реакций отмечены в среднем у 50% кроликов всех экспериментальных групп; сочетание воздействия радионуклеида и имплантации повышает этот процент до 66%. У 2-х животных при сроке выведения из опыта через 3-4 месяца отмечались очаги нарушения сформированного костного вещества и функциональная неполноценность кости.

Выводы: таким образом имплантация при хроническом воздействии  $Pu\ 238$  возможна, но связана с количеством поглощенной дозы и функциональной неполноценностью кости в отдаленные сроки после облучения.

## **ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА, СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА И ИНТЕНСИВНОСТЬ КАРИЕСА У ШКОЛЬНИКОВ**

**Губина Л.К., Русанова Т.А., Хусейн Мазен**

*Россия, г. Воронеж, Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, кафедра стоматологии детского возраста*

Одним из важных разделов диспансеризации детского населения является изучение заболеваемости полости рта, так как эта патология оказывает большое влияние на течение соматических заболеваний и, в первую очередь, на заболевания желудочно-кишечного тракта. Так же заболевания органов полости рта могут быть пусковым моментом в возникновении аллергических состояний, осложнений патологии сердечно-сосудистой системы.

Нерациональное питание, употребление продуктов, содержащих большое количество углеводов, не достаточное количество микроэлементов, мягкая пища, а так же неудовлетворительные навыки по уходу за полостью рта приводят к повышению кариесогенной ситуации, патологическим изменениям в тканях пародонта и слизистой оболочки полости рта.

Целью нашего исследования явилось изучение гигиены полости рта у школьников школы-интерната №2 г. Воронежа.

Нами была обследована группа школьников в количестве 50 человек в возрасте от 7 до 15 лет. Оценку гигиены полости рта проводили с помощью индексов

---

ИГР-У и Федорова-Володкиной, наличие воспалительных процессов в тканях пародонта с помощью индексов ПМА и КПИ, интенсивность кариозного процесса определяли с помощью индекса КПУ.

В результате нашего обследования мы получили следующие результаты: у большинства обследованных детей (67,1%) гигиена полости рта удовлетворительная, у 32,9% уровень гигиены полости рта плохой (ИГР-У=2,6 и более); наличие над- и поддесневых зубных отложений мы обнаружили у 61,7% обследованных детей, а кровоточивость и воспалительные процессы в десне 5,1% обследованных. При этом интенсивность кариеса у большинства пациентов (20,4%) составила 5,2, что соответствует уровню - высокая. Так же у 16% обследованных были выявлены различные нарушения прикуса (прогнатическое перекрытие, аномальное расположение зубов и т.д.).

Таким образом, на основании наших наблюдений можно сделать вывод, что уровень гигиены полости рта у детей достаточно низкий, по-видимому, это связано с недостаточной санитарно-просветительной работой, недопониманием важности гигиенических процедур. Неудовлетворительная гигиена полости рта приводит к повышению кариесогенной ситуации в полости рта, риску развития заболеваний твердых тканей зубов, тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта.

## **ВЛИЯНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА НА ДИНАМИКУ ХРОНИЧЕСКИХ ГИНГИВИТОВ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ**

**Губина Л.К., Куралесина В.П.**

*г. Воронеж, Кафедра стоматологии детского возраста, ВГМА им. Н.Н. Бурденко*

С прогрессом цивилизации распространенность воспалительных заболеваний пародонта резко повысилась и продолжает нарастать (Грудянов А.И., 1995; 1999; Цепов Л.М., 2000). В молодом возрасте наиболее распространены и требуют особого внимания хронические формы гингивитов (Калинин В.И., 2000; Антонова И.Н., 2000).

Применительно к воспалительным заболеваниям пародонта главным этиологическим фактором является микробный, который в клинике отождествляется с зубной бляшкой, мягким зубным налетом и зубным камнем. Эффективность профилактических средств и методов определяется тем, насколько в ходе их применения удается устранить причинный фактор или сделать невозможным его влияние.



---

В профилактике и лечении хронических гингивитов признана действенной и необходимой роль профессиональной гигиены полости рта, без которой теряют смысл любые лечебные мероприятия (Антонова И.Н., 2000; Грудянов А.И., 2000; Цепов Л.М., 2000). Существенным моментом ее проведения являются обучение и мотивация пациентов индивидуальной гигиене полости рта. После проведения контролируемой чистки зубов можно приступить к удалению зубного камня, а затем профессиональному очищению и полированию зубов, с применением средств интердентальной гигиены полости рта.

Целью нашего исследования было выявить влияние профессиональной гигиены полости рта на состояние десны и уровня гигиены полости рта при хронических катаральных гингивитах в молодом возрасте. Нами были обследованы 94 человека в возрасте 19-20 лет. Выявлено отсутствие гингивита - 1 человек; легкий гингивит - 60 человек; гингивит средней степени тяжести - 33 человека; тяжелая форма гингивита не выявлена. Гигиеническое состояние полости рта пациентов оценено при помощи индекса ИГР-У.

На первом этапе пациенты были обучены применению основных и дополнительных средств и предметов гигиены полости рта, которые назначались в зависимости от гигиенического статуса полости рта. Проведена профессиональная гигиена полости рта. Через 1 неделю - контроль индексов РМА и ИГР-У. При хроническом катаральном гингивите легкой степени тяжести индекс РМА изменился с 14,8% до 3,7%; ИГР-У с 2,0 до 0,7. При хроническом катаральном гингивите средней степени тяжести индекс РМА изменился с 39% до 9,2%; ИГР-У - с 2,9 до 1,0.

Полученные результаты контролируемой гигиены полости рта в сочетании с профессиональной гигиенической обработкой очень наглядны и позволяют на ранних стадиях воспалительного процесса добиться почти полного его купирования. Очевидным является и то, что методы профилактики заболеваний пародонта могут быть только индивидуальными.

## **НОВЫЕ АСПЕКТЫ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА**

**Дунязина Т.М., Калинина Н.М., Никифорова И.Д.,  
Зиморова И.В.**

*г. Санкт-Петербург, Стоматологическая клиника "Пандент". Всероссийский  
центр экстренной и радиационной медицины МЧС России*

Исследования последних лет в области пародонтологии значительно изменили подход к диагностике патологических состояний пародонта и планированию лечебных мероприятий.

---

Микробиология в пародонтологии выстроила новый план и открыла новые возможности. Несмотря на наличие более 500 видов бактерий, находящихся в поддесневой зубной бляшке, только дюжина из них связана с этиологией пародонтита. Эти возбудители пародонтита получили название "маркерных" микроорганизмов. Только глубокие знания о комплексной взаимосвязи этиологии и патогенеза пародонтита, а также четкие представления о факторах, влияющих на эту взаимосвязь имеют сегодня решающее значение в определении необходимости проведения микробиологического анализа, направленного на выявления "маркерных" микроорганизмов поддесневой зубной бляшки, а также его интерпретацию.

Микробиологическая диагностика заболеваний пародонта включает сегодня несколько методов. Однако высочайшую чувствительность всех микробиологических методов сочетает в себе быстрый и направленный на выявление специфических микроорганизмов - метод PCR. Данный молекулярно-биологический метод исключает различные осложненные и потенциально ошибочные этапы в проведении. Метод основан на определении бактериальных нуклеиновых кислот, содержащихся в исследуемых пробах из пародонтального кармана, с помощью высокоспецифичных генных зондов. Перед определением осуществляется накопление нуклеиновых кислот посредством техники амплификации (NAT). Проведенные нами исследования свидетельствуют о высокой коррелятивной зависимости пародонтита от содержания "маркерных" микроорганизмов.

В настоящее время не вызывает сомнения факт, что бактериальная инвазия является пусковым механизмом в развитии заболеваний пародонта. Эффект этого воздействия зависит от защитных реакций, которые влияют на скорость и тяжесть деструктивных изменений в пародонте. При этом изменения на локальном уровне не всегда согласуются с изменениями на системном, а также не всегда свидетельствуют о нарушении функций клеточного и/или гуморального иммунитета. Согласно проведенным нами исследованиям особый вклад в развитие патологии пародонта и планировании лечения определяют такие показатели как интерлейкин-8, фактор некроза опухоли  $\alpha$  и  $\beta$ , цитокины, гиперпродукция которых поддерживает постоянное пополнение нейтрофильными гранулоцитами очага воспаления, а также специфические цитотоксические лимфоциты, естественные киллерные клетки и маркеры готовности к апоптозу. Их определения позволяет не только уточнить механизмы патогенеза заболеваний пародонта, но и целенаправленно проводить лечение совместно с врачом - иммунологом.

Иммунологические нарушения, длительный прием кортикостероидов, антиконвульсантов, соматическая патология в разной степени влияют на процессы ремоделирования костной ткани. А поэтому ранняя диагностика патологических состояний скелета (остеопороз, остеопороз и др.) методом рентгенов-

---

ской остеоденситометрии (DEXA) приобретает сегодня особую важность в выявлении заболеваний внутренних органов, особенно в латентный период, или в период ремиссии, когда пациенты, страдающие пародонтитом, не предъявляют никаких жалоб.

Определение "маркерных" микроорганизмов поддесневой зубной бляшки, иммунологические исследования и рентгеновская остеоденситометрия на современном пародонтологическом приеме позволяют уточнить предварительно поставленный клинический диагноз, определить тактику ведения больных с патологией пародонта и необходимость включения в лечебный план индивидуально подобранных антибактериальных средств, иммуномодуляторов и остеотропных препаратов.

## **АЛГОРИТМ ЛЕЧЕБНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРОДОНТА**

**Елькова Н.Л., Щербаченко О.И., Прудникова М.М., Серикова О.В.**

*РФ, г.Воронеж, Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко, Факультет повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов (ФПК и ППС), Кафедра стоматологии*

В наши дни каждый практикующий стоматолог почти ежедневно встречается с заболеваниями тканей пародонта. Так как степень выраженности заболевания и общее состояние организма у таких больных может быть различным, то и план лечения должен быть строго индивидуальным в каждом конкретном случае и требовать различных временных затрат. Тем не менее, для всех больных этой группы основная задача лечения - остановить прогрессирование заболевания в максимально короткие сроки и обеспечить комплексную терапию пародонтита с последующим рациональным протезированием.

Нередко обследование и весь арсенал консервативной, хирургической и др. видов помощи занимает слишком много времени (2-3 месяца) и пациенты, "устав от лечения" или почувствовав некоторое облегчение, перестают посещать поликлинику, исчезая из поля зрения врача до нового обострения.

Целью нашего исследования явилось использование на практике алгоритма ускоренно-массированной терапии для больных с генерализованными заболеваниями пародонта (ГЗП).

Материал и методы: нами было проведено обследование и лечение 57 больных (32 женщины, 27 мужчин) в возрасте от 25 до 50 лет, страдающих различ-

---

ными формами ГЗП по методике алгоритма ускоренно-массированной терапии. Согласно этой методике лечение и обследование больных осуществлялось практически одновременно, с первого посещения больного по максимально насыщенной программе.

В комплекс первого этапа обследования и лечения входили симптоматические методы лечения (устранение воспаления, избирательное пришлифовывание, временное шинирование, френулопластика и т.д.), с одновременным клиническим биохимическим обследованием больного.

На втором этапе проводилась комплексная патогенетическая терапия ГЗП и одновременное обследование и лечение больных у специалистов общесоматического профиля.

На третьем этапе - на фоне продолжающегося лечения общесоматической патологии больным осуществлялась ортопедическая и ортодонтическая помощь по показаниям, а также проводились курсы поддерживающей терапии ГЗП.

Для предупреждения полипрагмазии план лечения каждого больного согласовывался со смежными специалистами.

Результаты: достигнуто сокращение сроков лечения больных с ГПЗ на 1-2 недели. Подавляющее большинство - 54 пациента (94,7%) прошли полный курс лечения, завершившийся ортопедической реабилитацией по показаниям. Таким образом, использование алгоритма ускоренно-массированной терапии представляется нам перспективным в лечении больных ГЗП.

## **КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ КОСТНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ И РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

**Железный П.А., Зубрилин Е.В.**

*Россия, г. Новосибирск, Новосибирская государственная медицинская академия*

В течение пяти лет нами проведено лечение 108 больных в возрасте от 2 до 16 лет с приобретенными дефектами, деформациями и аномалиями лицевого черепа, которым были проведены различные реконструктивные операции на лицевом черепе.

Всем больным до и в процессе лечения, проводилось комплексное исследование зубочелюстной системы, которая включало в себя анализ фотографий лица (фас и профиль) изучение диагностических моделей челюстей, ортопантомограмм, телерентгенограмм, электромиограмм жевательных и височных мышц. Эффективность реабилитации мышц челюстно-лицевой области и кон-

---

тролировалось электромиографией. Эффективность ортодонтического и ортопедического лечения оценивалась функциональными жевательными пробами по Рубинову. Данные исследования проводили до и после оперативного лечения в сроки 1,3,6,9,12 месяцев и три года. Результаты исследований обработали методом вариационной статистики.

В зависимости от вида и объема реабилитационных мероприятий, больные были распределены на 3 диспансерных группы. Всем больным, после костно-пластических или реконструктивных операций, проводилось ортодонтическое лечение. Для этой цели использовались различные конструкции съемных и несъемных ортодонтических аппаратов. Пациенты с дефектами зубных рядов и челюстей получали ортопедическое лечение. Для реабилитации мышц челюстно-лицевой области использовалась низкочастотная электростимуляция мышц челюстно-лицевой области как до, так и после операции. Для нормализации движений нижней челюсти больные выполняли комплекс миогимнастических упражнений с помощью устройств, специально изготовленных для этой цели.

Результаты наших исследований показали, что комплексная диспансеризация и ортодонтическая реабилитация детей после костно-пластических и реконструктивных операций на лице и черепе, систематически проводимая по разработанной нами схеме и методике, позволяет значительно улучшить анатомо-морфологические и эстетические результаты лечения больных, препятствует развитию рецидивов и вторичных деформаций, способствует гармоничному развитию лицевого черепа и оптимальному функционированию зубочелюстной системы.

## **ДЕНТАЛЬНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ ПРИ РЕКОНСТРУКЦИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ КОСТНЫМИ ТРАНСПЛАНТАТАМИ**

**Сысолятин П.Г., Железный П.А., Железный С.П., Зубрилин Е.В.**

*Россия, г. Новосибирск, Новосибирская государственная медицинская академия*

С целью повышения ортопедического лечения больных после костнопластических операций на нижней челюсти путем использования дентальных имплантатов нами были проведены экспериментальные исследования на животных. Изучались интеграционные возможности различных видов внутрикостных имплантатов (титановый с гладкой поверхностью, титановый с резьбой, проницаемый пористый из никелида титана) при костной пластинке нижней челюсти свободным костным аутотрансплантатом. Животных выводили из опыта в

---

сроки: 1,3,6,9,12 месяцев. Нижнюю челюсть извлекали и осуществляли макро-скопическое, рентгенологическое, морфологическое исследование и готовили шлифы имплантатов с прилежащими структурами. Оценку костной плотности нижней челюсти, трансплантата, регенерата и прилежащих костных структур вокруг имплантатов проводили методом цифровой рентгеновской остеоденситометрии. Процесс вставания костной ткани в поры имплантата осуществляли методом растровой микроскопии.

Проведенные исследования показали, что при пересадке в дефект нижней челюсти аутокости с имплантатами последние не оказывали отрицательного воздействия на замещение трансплантата новообразованной костью. В процессе перестройки синхронно шло рассасывание трансплантата и постепенное формирование органотипичного костного регенерата, по структуре приближающейся к структуре нормальной кости.

При этом выявлено, что на границе кость-имплантат процессы репаративного остеогенеза протекали неоднозначно и зависели от поверхности имплантата. В процессе перестройки трансплантата коэффициент плотности костной ткани вокруг имплантатов с пористой структурой был выше, чем вокруг других имплантатов в связи с активным формированием зрелой костной ткани, которая прорастала в поры никелид-титановых имплантатов. Наличие пористой структуры в имплантатах из никелида титана создает оптимальные условия для быстрого взаимодействия имплантатов с костной тканью и обеспечивает их полноценную остеоинтеграцию.

Положительные экспериментальные данные позволили использовать ден-тальные имплантаты в клинике у 41 больного при костной пластике нижней челюсти. У 36 пациентов в отдаленные сроки получен положительный результат лечения.

## **ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ СРЕДИ ДЕТЕЙ Г. НОРИЛЬСКА**

**Зверьяев А.Г., Лернер А.Я., Гарус Я.Н.**

*Москва, Институт повышения квалификации ФУ "Медбиоэкстрем", кафедра клинической стоматологии и имплантологии*

В 1957-1958 г.г. в результате комплексного изучения гигиенических условий внешней среды, проведенного в г. Норильске Московским НИИ гигиены им. Ф.Ф. Эрисмана, установлено крайне недостаточное содержание фтора в питьевой воде (0,01 мг/л).

---

В 1960 г. впервые в стране в г. Норильске спроектирована инженерами цеха "Водоканал" Норильского горнометаллургического комбината А.А. Вершининым и А.В. Лютовым, изготовлена и введена в эксплуатацию установка для фторирования питьевой воды. Таким образом обеспечена концентрация фтора в воде летом 0,8-1,0 мг/л и зимой 1,2 мг/л.

Под научным руководством ЦНИИ стоматологии одновременно проведено масштабное изучение стоматологической заболеваемости в г. Норильске. У детей 15 лет, постоянно проживающих в г. Норильске, распространенность кариеса достигала 95,97 2,11 %, а интенсивность (индекс КПУ) 4,52 0,36.

Все прошедшие годы фторирование воды не прекращалось, проводилась систематическая плановая санация полости рта (с 1989-90 г.г. в условиях стационарных школьных кабинетов).

В 2002 г. проведено исследование стоматологической заболеваемости населения Норильского промышленного района с использованием модифицированной карты ВОЗ.

В результате установлено изменение показателей в сравнении с шестидесятью годами по г. Норильску: распространенность кариеса у 15-летних снизилась до 90%, а интенсивность осталась на прежнем уровне. На показатели оказал влияние переезд в г. Норильск детей с родителями из Украины и республик Закавказья в период "перестройки".

Однако, другие качественные показатели говорят об эффективности профилактической работы среди детского населения. Так, процент нуждающихся в лечении при профосмотрах составляет 42,6%; во время осмотров 38,4% отмечаются как санированные ранее.

За последние два года возрос интерес к стоматологической заболеваемости работников металлургического комбината, особенно, работающих во вредных условиях труда. В настоящее время анализируются результаты осмотров по медеплавильному заводу.

## **БИОМЕХАНИКА ТРАНСДЕНТАЛЬНОГО СТОЕЧНОГО ИМПЛАНТАТА**

**Иттиев Э.Б. Безверхов Ю.М.**

*г. Москва, Институт повышения квалификации ФУ "Медбиоэкстрем", кафедра клинической стоматологии и имплантологии*

Актуальность исследования биомеханики трансдентальных имплантатов заключается в отсутствии достаточных знаний о результатах трансдентальной

---

имплантации при шинировании подвижных зубов и восстановлении значительно разрушенных зубов. Отсутствуют сведения о выносливости костной ткани, самого имплантата и корня зуба к функциональным нагрузкам.

Нами создана трехмерная модель однокорневого зуба с сегментом нижней челюсти, в которой коронковая часть зуба восстановлена безметалловой керамической коронкой, опирающейся на композитную культю на трансдентальном стоечном имплантате из титана с винтовой нарезкой.

Нагрузка в 250 Н вертикальная и 100 Н горизонтальная вызывает в имплантате сложный характер напряженно-деформированного состояния.

Линия анализа, проведенная по наружным виткам резьбы имплантата, показывает при вертикальной нагрузке почти полное отсутствие напряжений за исключением области соприкосновения имплантата с апексом корня: здесь отмечен очень высокий пик напряжений до  $\pm 35$  кг/мм<sup>2</sup> в щечно-язычном направлении. У основания витков резьбы имплантата в этой же области имплантата также отмечается пик напряжений до  $\pm 18$  кг/мм<sup>2</sup> в медио-дистальном направлении.

При горизонтальной нагрузке вокруг внутрикостной части трансдентального имплантата почти не регистрируются напряжения; далее вдоль имплантата по направлению к его внутрикоронковой части напряжения увеличиваются. Максимум напряжений отмечается в имплантате в пришеечной части зуба: до +28 кг/мм<sup>2</sup> в вертикальном направлении.

Указанные напряжения не превышают предельно допустимые, но запас прочности не столь велик - втрое, что повышает требования к соблюдению толщины имплантата и к величинам жевательных нагрузок, а также ставит вопрос о показаниях к трансдентальной имплантации в зависимости от размеров зуба и его функциональной группы.

## **ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ИЗГОТОВЛЕНИЯ СЪЕМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ ЗА СЧЕТ УЛУЧШЕНИЯ ПОВЕРХНОСТНОГО СЛОЯ РАБОЧЕЙ МОДЕЛИ**

**Каливградjian Э.С., Куралесин А.Н., Заварзин М.Ю.**

*г. Воронеж ВГМА им. Н.Н. Бурденко кафедра ортопедической стоматологии*

Оптимальное восстановление утраченных функций зубочелюстной системы при полной потере зубов является актуальной медико-социальной проблемой современной ортопедической стоматологии. Одним из путей решения данной



---

проблемы является улучшение свойств паковочного материала путем добавления в него различных модификаторов. Целью исследования являлось получение качественного паковочного материала для изготовления рабочих моделей за счет введения в гипс модифицированных добавок - кремнийорганической эмульсии ПМС-20РК в различных концентрациях, а также исключение применения изоляционного лака для более точной передачи микрорельефа слизистой оболочки полости рта в базисе съёмного пластиночного протеза. В ходе исследования были проведены физико-механические испытания модифицированных гипсовых образцов на ударную вязкость, твердость, шероховатость поверхности.

С целью определения функциональной эффективности лечения проведены клинические исследования с применением следующих методов: макрогистохимического - для определения площади зон острого и хронического воспаления слизистой оболочки протезного ложа под базисами съёмных протезов, определения степени атрофии альвеолярного гребня, бесконтактной регистрации параметров функционального состояния зубочелюстной системы.

Результаты проведенных лабораторных исследований физико-механических свойств модифицированного гипса позволяют сделать заключение о том, что применение кремнийорганической эмульсией ПМС-20РК в качестве модифицирующей добавки значительно улучшает физико-механические показатели гипса. Разработанная композиция на основе гипса с повышенной концентрацией модификатора ПМС-20РК способствует хорошему отделению гипса от пластмассы без применения изоляционного лака. Клинические наблюдения пациентов основной группы, пользующихся съёмными пластиночными протезами, изготовленными по модифицированной технологии, показали, что степень атрофии альвеолярного гребня верхней и альвеолярной части нижней челюстей была намного ниже, чем в контрольной группе пациентов, что свидетельствует о высокой точности воспроизведения рельефа протезного ложа и негативного его отображения на внутренней поверхности базиса протеза. Данные бесконтактной регистрации параметров функционального состояния зубочелюстной системы свидетельствуют о более выраженной положительной динамике эффективности жевания в основной группе больных.

---

## ПРОТЕЗИРОВАНИЕ СЪЕМНЫМИ ПЛАСТИНОЧНЫМИ ПРОТЕЗАМИ В СЛОЖНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

**Каливрадджян Э.С., Голубев Н.А., Рыжова И.П.**

*г. Воронеж, ВГМА им. Н.Н Бурденко,*

*г. Курск, медицинский университет, кафедры ортопедической стоматологии*

В клинику ортопедической стоматологии нередко обращаются больные после множественного удаления зубов, когда возможности и сроки непосредственного протезирования упущены. Клиническая картина протезного ложа у таких больных при отдаленных сроках протезирования часто осложняется наличием участков с неравномерной атрофией, как костной основы, так и слизистой оболочки с образованием симметричных костных выступов на вестибулярной поверхности верхней и язычной поверхности нижней челюстей. Изготовление функционально-полноценного протеза в данной ситуации требует применения специальных клиничко-лабораторных приемов.

С целью обеспечения формирования оптимальной формы альвеолярного гребня и сохранения объема костной ткани в области удаленных зубов, беспрепятственного наложения протеза, ускорения процессов адаптации предлагается методика его изготовления, особенности которой заключаются в преформировании поверхности гипсовой модели с целью дальнейшего формирования рельефа протезного ложа. Обязательным условием при этом является клиническое исследование биофизических свойств мягких тканей протезного ложа, анатомо-топографических особенностей, получение диагностических моделей с применением индивидуальных ложек и отражение этих данных при разметке рабочих моделей.

Для определения границ протеза и определения пути его введения при частичных дефектах зубных рядов применяли параллелометрию моделей в области нависающих костных выступов. При преформировании моделей челюстей в области лунок удаленных зубов и заполнении поднутрений в области нависающих костных выступов применяли специальный блокировочный воск. Дублирование преформированных моделей проводили по обычной методике. Протезы изготавливали с дифференцированным двухслойным базисом с применением литьевого формования и температурным режимом полимеризации 120 -130 оС в суховоздушной среде. В качестве мягкого слоя базиса использовали эластичный акриловый полимер, разработанный совместно с ООО "Радуга Р". По истечении шести месяцев формирующие протезы заменяли на постоянные.

---

# СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ПРОТЕЗИРОВАНИЮ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ПОЛНЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЗУБОВ

**Кандейкина Н.В.**

*г. Чебоксары, Чувашский государственный университет*

В пожилом и старческом возрасте распространенность полного отсутствия зубов наиболее

значительна - по различным данным 63-80%. До настоящего времени нуждаемость в зубном протезировании таких пациентов не сокращается, поэтому научные исследования в этой области не теряют своей актуальности.

Достигнуты значительные успехи в области разработки теоретических концепций и технических приемов изготовления полных съемных зубных протезов. Однако практика показывает, что при неблагоприятных анатомо-топографических условиях трудно добиться надежной фиксации протезов на беззубых челюстях методами традиционного съемного зубного протезирования.

Целью проведенной нами работы было исследование возможности повышения функциональной эффективности протезирования пациентов пожилого и старческого возраста с полным отсутствием зубов с использованием метода дентальной имплантации.

В ходе выборочного стоматологического обследования домов для одиноких и престарелых граждан на территории Чувашии были установлены клинические и рентгенологические особенности состояния беззубых челюстей у лиц старших возрастных групп, характер сопутствующей патологии, оценены факторы риска при зубном протезировании с применением метода дентальной имплантации.

Всего нами обследовано 784 человека старше 45 лет. Основной удельный вес в структуре обследованных составили лица пожилого возраста - 387 человек (49,4%) и старческого возраста - 337 человек (43%); 26,5% мужчин, 73,5% женщин.

У обследованных лиц полное отсутствие зубов выявлено: на обеих или одной из челюстей у 36,86+1,7%; на обеих челюстях у 20,8+1,4%; на одной из челюстей - у 16,0+1,7%; только на верхней челюсти - у 12,2+1,1%; только на нижней челюсти - у 3,8+0,6%.

Удельный вес клинических разновидностей полного отсутствия зубов составил: полное отсутствие зубов на обеих челюстях - 56,4%; полное отсутствие зубов только на верхней челюсти - 33,2%; полное отсутствие зубов только на нижней челюсти - 10,4%. Установлено, что в пожилом и старческом возрасте в 51,74% случаев на верхней челюсти и в 81,86% - на нижней челюсти распространены неблагоприятные для фиксации съёмных протезов типы атрофии беззубых альвеолярных отростков.

---

55% обследованных имели продолжительные периоды беззубости более 10 лет. Среди обследованных лиц был выявлен незначительный процент практически здоровых лиц (1%). Поэтому все отмеченные заболевания были сгруппированы на две группы: о заболевания, являющиеся противопоказаниями к дентальной имплантации (болезни эндокринной системы, органы кровообращения и костно-мышечной системы) - составили 51,9+4,3%; о заболевания, не являющиеся противопоказаниями дентальной имплантации (болезни нервной системы, органов чувств, дыхания, органов пищеварения) - составили 48,1+4,3%. Одной из характерных особенностей сопутствующей заболеваемости лиц пожилого и старческого возраста является полиморбидность.

По полученным данным, множественные заболевания имели 46,5+3,0% обследованных, причём 2 заболевания - 34,9+2,8%; 3 заболевания - 9,8+1,7%; более 3 заболеваний - 1,8+0,8%. Практически все заболевания в старческом возрасте встречались гораздо чаще, чем в пожилом. В пожилом возрасте уровень заболеваемости составил 37,6% случаев, в старческом - 60,1%.

Это согласуется с исследованиями в области геронтологии о том, что выраженные инволютивные изменения в организме человека наблюдаются лишь после 80 лет.

Оценка состояния костной ткани при полном отсутствии зубов проведена методами ортопантомографии и компьютерной радиовизиографии. У обследованных лиц с полным отсутствием зубов в 54,5% случаев выявлена перестройка костной ткани беззубых челюстей по типу остеосклероза. Этот тип характеризовался склеротическими изменениями костного рисунка при сохранении функциональной ориентации костных балок и уплотнении кортикальной пластинки. В 45,5% случаев наблюдалась перестройка костной ткани по типу остеопороза, выражающаяся в уменьшении плотности костной ткани, особенно в области подбородочных отверстий. Однако и при этом типе перестройки, замыкающие кортикальные пластинки были полностью сохранены.

Отличительная черта строения беззубых челюстей в пожилом возрасте - значительная плотность кортикальной пластинки по верхнему и нижнему контуру, на нижней челюсти более интенсивная, чем на верхней.

Сравнительное изучение плотности костной ткани показало, что при полном отсутствии зубов она ниже на верхней челюсти, чем на нижней. Установлен значительный разброс показателей плотности костной ткани верхней челюсти отдельных пациентов, как в сторону повышения, так понижения. На беззубой нижней челюсти, напротив, выявлены лишь несущественные изменения плотности костной ткани различных участках и у различных пациентов. Можно констатировать, что плотность костной ткани на нижней челюсти остаётся относительно стабильной при полной потере зубов в пожилом возрасте.

---

Проведённое исследование позволяет обозначить имеющиеся в пожилом возрасте факторы риска дентальной имплантации. Это продолжительный период беззубости, значительная атрофия альвеолярных отростков, низкая плотность костной ткани на беззубой верхней челюсти, значительный разброс показателей плотности костной ткани беззубых челюстей, сопутствующие заболевания.

Объём показаний к дентальной имплантации на беззубой верхней челюсти по итогам обследования общего состояния здоровья, оценки состояния костной ткани и продолжительности периода беззубости пациентов с полным отсутствием зубов в пожилом возрасте составил 38,89+3,5%. Применение дентальной имплантации на беззубой нижней челюсти возможно в пожилом возрасте у 46,28+3,09% обследованных. Проведённое обследование показало, что геронтологическими особенностями применения имплантации при протезировании полного отсутствия зубов являются необходимость тщательной рентгенологической оценки челюстных костей с применением современных методик обследования и диагностики общего состояния организма пациентов.

В результате проведенного нами исследования мы пришли к выводу, что в пожилом возрасте при продолжительном периоде беззубости формируется благоприятное состояние замыкающих кортикальных пластинок, характеризующихся высокой плотностью. Возрастное изменение плотности кортикальных пластинок по верхнему и нижнему контуру нижней челюсти компенсирует снижение высоты нижней челюсти при резко выраженной атрофии альвеолярных отростков и является дополнительным показанием к применению метода имплантации для фиксации протезов при полном отсутствии зубов.

## **ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ПРИ ПОЛНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

**Кандейкина Н.В.**

*г. Чебоксары, Чувашский государственный университет*

В пожилом и старческом возрасте распространенность полного отсутствия зубов наиболее значительна - по различным данным 63-80%. До настоящего времени нуждаемость в зубном протезировании таких пациентов не сокращается, поэтому научные исследования в этой области не теряют своей актуальности.

Достигнуты значительные успехи в области разработки теоретических концепций и технических приемов изготовления полных съёмных зубных протезов.

---

зов. Однако практика показывает, что при неблагоприятных анатомо-топографических условиях трудно добиться надежной фиксации протезов на беззубых челюстях методами традиционного съемного зубного протезирования.

Целью проведенной нами работы было исследование возможности повышения функциональной эффективности протезирования пациентов геронтологического возраста с полным отсутствием зубов с использованием метода дентальной имплантации.

В ходе выборочного стоматологического обследования домов для одиноких и престарелых граждан на территории Чувашии были установлены клинические и рентгенологические особенности состояния беззубых челюстей у лиц старших возрастных групп, характер сопутствующей патологии, оценены факторы риска при зубном протезировании с применением метода дентальной имплантации.

Всего нами обследовано 784 человека старше 45 лет. Основной удельный вес в структуре обследованных составили лица пожилого возраста - 387 человек (49,4%) и старческого возраста - 337 человек (43%); 26,5% мужчин, 73,5% женщин. У обследованных лиц полное отсутствие зубов выявлено: на обеих или одной из челюстей у 36,86±1,7%; на обеих челюстях у 20,8±1,4%; на одной из челюстей - у 16,0±1,7%; только на верхней челюсти - у 12,2±1,1%; только на нижней челюсти - у 3,8±0,6%.

Удельный вес клинических разновидностей полного отсутствия зубов составил: полное отсутствие зубов на обеих челюстях - 56,4%; полное отсутствие зубов только на верхней челюсти - 33,2%; полное отсутствие зубов только на нижней челюсти - 10,4%.

Установлено, что в пожилом и старческом возрасте в 51,74% случаев на верхней челюсти и в 81,86% - на нижней челюсти распространены неблагоприятные для фиксации съёмных протезов типы атрофии беззубых альвеолярных отростков. 55% обследованных имели продолжительные периоды беззубости более 10 лет.

Среди обследованных лиц был выявлен незначительный процент практически здоровых лиц (1%). Все отмеченные заболевания были сгруппированы на две группы:

о заболевания, являющиеся противопоказаниями к дентальной имплантации (болезни эндокринной системы, органов кровообращения и костно-мышечной системы) - составили 51,9±4,3%;

о заболевания, не являющиеся противопоказаниями дентальной имплантации (болезни нервной системы, органов чувств, дыхания, органов пищеварения) - составили 48,1±4,3%.

Одной из характерных особенностей сопутствующей заболеваемости лиц пожилого и старческого возраста является полиморбидность. По полученным данным, множественные заболевания имели 46,5±3,0% обследованных, причём

---

2 заболевания - 34,9+2,8%; 3 заболевания - 9,8+1,7%; более 3 заболеваний - 1,8+0,8%. Практически все заболевания в старческом возрасте встречались гораздо чаще, чем в пожилом. В пожилом возрасте уровень заболеваемости составил 37,6% случаев, в старческом - 60,1%. Это согласуется с исследованиями в области геронтологии о том, что выраженные инволютивные изменения в организме человека наблюдаются лишь после 80 лет.

Оценка состояния костной ткани при полном отсутствии зубов проведена методами ортопантомографии и компьютерной радиовизиографии. У обследованных лиц с полным отсутствием зубов в 54,5% случаев выявлена перестройка костной ткани беззубых челюстей по типу остеосклероза. Этот тип характеризовался склеротическими изменениями костного рисунка при сохранении функциональной ориентации костных балок и уплотнении кортикальной пластинки. В 45,5% случаев наблюдалась перестройка костной ткани по типу остеопороза, выражающаяся в уменьшении плотности костной ткани, особенно в области подбородочных отверстий. Однако и при этом типе перестройки, замыкающие кортикальные пластинки были полностью сохранены. Отличительная черта строения беззубых челюстей в пожилом возрасте - значительная плотность кортикальной пластинки по верхнему и нижнему контуру, на нижней челюсти более интенсивная, чем на верхней.

Сравнительное изучение плотности костной ткани показало, что при полном отсутствии зубов она ниже на верхней челюсти, чем на нижней. Установлен значительный разброс показателей плотности костной ткани верхней челюсти отдельных пациентов, как в сторону повышения, так понижения. На беззубой нижней челюсти, напротив, выявлены лишь незначительные изменения плотности костной ткани различных участках и у различных пациентов. Можно констатировать, что плотность костной ткани на нижней челюсти остаётся относительно стабильной при полной потере зубов в пожилом возрасте.

Проведённое исследование позволяет обозначить имеющиеся в пожилом возрасте факторы риска дентальной имплантации. Это продолжительный период беззубости, значительная атрофия альвеолярных отростков, низкая плотность костной ткани на беззубой верхней челюсти, значительный разброс показателей плотности костной ткани беззубых челюстей, сопутствующие заболевания.

Объём показаний к дентальной имплантации на беззубой верхней челюсти по итогам обследования общего состояния здоровья, оценки состояния костной ткани и продолжительности периода беззубости пациентов с полным отсутствием зубов в пожилом возрасте составил 38,89+3,5%. Применение дентальной имплантации на беззубой нижней челюсти возможно в пожилом возрасте у 46,28+3,09% обследованных.

Проведённое обследование показало, что геронтологическими особенностями применения имплантации при протезировании полного отсутствия зубов

---

являются необходимость тщательной рентгенологической оценки челюстных костей с применением современных методик обследования и диагностики общего состояния организма пациентов.

В результате проведенного нами исследования мы пришли к выводу, что в пожилом возрасте при продолжительном периоде беззубости формируется благоприятное состояние замыкающих кортикальных пластинок, характеризующихся высокой плотностью. Возрастное увеличение плотности кортикальных пластинок по верхнему и нижнему контуру нижней челюсти компенсирует снижение высоты нижней челюсти при резко выраженной атрофии альвеолярных отростков и является дополнительным показанием к применению метода имплантации для фиксации протезов при полном отсутствии зубов.

## СОСТОЯНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

**Клевно Р.В.**

*г. Барнаул, Алтайский государственный медицинский университет, кафедра ортопедической стоматологии*

Проведено исследование 338 человек в возрасте от 49 до 70 лет (46% - мужчин, 54% - женщин), проживающих в сельском районе Алтайского края, отнесенном к зоне высокой экологической нагрузки.

При оценке комплексного пародонтального индекса выявлено, что 30% обследованного населения патологии не имело, здоровых женщин на 20% больше, чем мужчин. У остальных обследованных (70%) выявлены признаки заболевания пародонта. Кровоточивость и зубной камень встретились в 50% случаев. Патологический карман глубиной 4 - 5 мм в 32%, 6 мм и более в 15%. Каждый показатель во всех возрастных группах у мужчин выше, чем у женщин. Средний показатель индекса КПУ во всех возрастных группах у мужчин значительно ниже, чем у женщин ( $p < 0,05$ ) и имеет тенденцию к увеличению у лиц обоего пола: с 11,4 в первой возрастной группе (49 - 55 лет) до 17,2 в последней возрастной группе (66 лет и старше). Средний показатель жевательной эффективности по Агапову незначительно выше у женщин (54,6 и 45,0) в возрасте от 49 до 60 лет, а в 61 год и старше у мужчин (49,0 и 44,9). При корреляционном анализе установлена обратная, полная связь ( $r = -1,0$ ), между средним показателем жевательной эффективности и возрастом. При изучении необходимости в ортопедическом лечении удалось установить, что показатель интенсивности лиц обоих полов всех возрастов, которые нуждаются в протезирова-



---

нии на верхней челюсти составил 77,9 + 2,2%, из них 39,2 + 2,6% нуждаются в одном виде протеза, 47,9 + 2,7% нуждаются в комбинированном протезировании и 12,9 + 1,8% нуждаются в полном съемном протезировании. При этом у женщин этот показатель на 5,5% выше, чем у мужчин. Показатель интенсивности лиц обоих полов всех возрастов, которые нуждаются в протезировании на нижней челюсти составил 72,7 + 2,4% на 5,2% ниже показателя лиц, которые нуждаются в протезировании на верхней челюсти. Из них 38,8 + 2,6% нуждаются в одном виде протеза, 51,8 + 2,6% нуждаются в комбинированном протезировании и 9,4 + 1,5% нуждаются в полном съемном протезировании, что на 3,5% ниже показателя лиц, которые нуждаются в полном съемном протезировании на верхней челюсти. При этом у женщин этот показатель существенно выше, чем у мужчин ( $p < 0,01$ ).

Таким образом, полученные нами данные являются основанием к последующей оценке роли факторов окружающей природной среды в формировании стоматологического здоровья населения.

## ПРОБЛЕМЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

**Ковалевская Е.О. Дадвани Т.Д. Петров Г.А.**

*г. Москва, Институт повышения квалификации ФУ "Медбиоэкстрем", кафедра клинической стоматологии и имплантологии, Московская областная поликлиника*

В настоящее время среднегодовая численность постоянного населения Московской области составляет 6508,9 тыс. человек; при этом фактическое наличие проживающих в области превышает указанное число на 47 тыс. человек. Соотношение городского и сельского населения составляет 4:1.

По нашим данным, доля лицензированных учреждений государственной и частной систем здравоохранения в настоящее время практически равны (44% и 56%), однако, доля лицензированных видов деятельности в государственной сфере значительно выше (82%). В частной сфере в основном представлены ортопедическая и терапевтическая стоматология, которые по числу лицензиатов больше, чем в муниципальной сфере. В Московской области работают 1840 стоматологов, 491 зубных врача: на ортопедическом приеме 342 стоматолога и 44 зубных врача, 818 зубных техника. Наши расчеты показывают недостаточную обеспеченность специалистами стоматологического профиля: врачами стома-

---

тологами 3,49 вместо 4,0 и ортопедами 0,71 вместо 1,0 по нормативам на 10 тыс. населения. Удастся сохранить стабильность в укомплектованности детской стоматологической службы (90,0%). Совершенствование материально-технической базы характерно для самостоятельно хозяйствующих стоматологических учреждений, сельские стоматологические подразделения слабо оснащены (в рамках ОМС 58,4% пломбирочных материалов представлены цементами, 27,4% композитами химического отверждения).

Наш анализ показателей стоматологической заболеваемости в Московской области показывает высокую распространенность и интенсивность кариеса: у шестилетних - 73%; КПУ - 4,76; компонент К - 3,47. У взрослых 35-44 лет распространенность кариеса и заболеваний пародонта равна 100%; КПУ в среднем 14,0. Весьма неблагоприятна структура поражения: половина зубов удалены и требуют удаления, три запломбированы и 4 подлежат лечению. Несмотря на высокую нагрузку на терапевтическом и хирургическом приемах (17,05 и 21,3 посещений на ставку в день), процент санированных равен 42,6%, соотношение неосложненного и осложненного кариеса 3,2:1. Уменьшается число лиц, получивших протезы, в том числе бесплатно.

Расчеты показывают, что при сложившемся уровне обеспеченности врачами-стоматологами и объемами оказываемой лечебной помощи для санации полости рта населению Московской области потребуется как минимум 9 лет. Все это требует разработки инвестиционных планов развития сети стоматологических клиник и методов стимулирования продажи стоматологических услуг.

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ САРТЕК (PRECIOUS CHEMICAL COMPANY INC.) ДЛЯ ПРОИЗВОДСТВА КАРКАСОВ ОДИНОЧНЫХ ЗОЛОТОКЕРАМИЧЕСКИХ КОРОНОК**

**Козлов Е.Н.**

*г.Москва, ООО "Видент"*

Уважаемые коллеги. Пользуясь возможностью, любезно предоставленной ЗАО "МОРАГ Экспо", хочу предложить Вашему вниманию технологию, альтернативную традиционному литью для производства каркасов одиночных золотокерамических коронок. Технологический процесс сводится к следующему: изготовление разборной мастер- модели, дублирование штампов, получение их огнеупорных копий и создание каркасов непосредственно на огнеупорных штампах. Остановимся на последнем этапе. На культу огнеупорного штампа нано-

---

сится беззольный лак. После его высыхания, через 15 мин., поверх лака, наклеивается платино-палладиевая пластинка, толщиной 0.1мм. В печи для отжига керамики частицы платины спекаются, формируя трехмерную капиллярную сеть, а лак выгорает. На платиновый слой аналогичным способом наклеивается золотая пластинка 0.1мм. При достижении 1077 градусов в печи, золото пропитывает платиновую основу, заполняя пространство, освободившееся после выгорания лака. Определенная часть золота остается снаружи полученного каркаса. Таким образом, сформированный трехслойный золото-платиновый гибридный каркас имеет толщину 0.2мм. на всем протяжении. Уникальные свойства каркаса позволяют использовать его с любым типом керамических масс без ограничений по температуре, что расширяет выбор керамиста для достижения превосходных эстетических результатов. Толщина каркаса 0.2мм, в сочетании с насыщенным цветом золота и толщине опакующего слоя 0.05мм, и прилегании к культе зуба в 17-30мк., также способствуют получению прекрасных клинических результатов даже при минимальной редуции твёрдых тканей зуба, что позволяет ортопеду использовать данную технологию при недостатке твердых тканей и в фронтальном и в жевательном отделах зубных рядов. Исследования, проведенные в Бостонском Университете в марте 1995 г., показали, что содержание бактерий на коронках, выполненных на каркасах Captek, в 10 раз меньше чем их содержание на естественных коронках зубов, что делает выбор клинициста в пользу этой технологии более предпочтительным при наличии сложной парадонтальной ситуации и при протезировании на имплантатах. Результаты этих исследований также объясняют превосходные отдаленные результаты протезирования. Наконец, относительно низкая (~\$30) себестоимость каркаса, полная безотходность, отсутствие необходимости в покупке какого-то бы ни было оборудования и минимальные сроки изготовления коронок, делают эту технологию доступной для широкого круга зубных техников, врачей, а, самое главное, пациентов. Если Вы хотите более детально познакомиться с вышеописанной технологией, я вышлю Вам слайд-шоу на CD.

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НОВОГО УСТРОЙСТВА ДЛЯ ЧИСТКИ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ**

**Ксембаев С.С., Василова Р.Н., Мамаева Е.В.**

*Казань, государственный медицинский университет*

Известны различные щеточные устройства для чистки зубов, выполненные из держателя и щетины с различной геометрией. Однако они имеют ряд недостат-

---

ков: недостаточный эффект очистки поверхности зубов, возможность повреждения десневого края, значительный расход зубных паст, невозможность термической обработки для дезинфекции.

Поэтому для чистки зубов разработано новое устройство из эластичного резинового материала с очищающими выступами, охватывающими внешнюю и внутреннюю поверхность зубов. Оно выполнено из набора, соединенных между собой, подковообразных элементов. Последние, плотно и параллельно расположенные друг к другу, обжимают с двух сторон верхний или нижний зубной ряд и накладываются на различные участки зубной дуги. При жевательном движении давление через зуб передается на пародонт, а лепестки подковообразных элементов проводят скользящие движения по вестибулярной и оральной поверхности зубов до десневого края. Устройство удобно в эксплуатации, т.к. жевательный процесс приближен к естественному по типу "жевательной резинки". При этом во время жевательных движений образуется много слюны, благодаря чему остатки пищи и отложения на поверхности зубов быстро вымываются. Кроме того, ткани пародонта испытывают функциональную нагрузку, что приводит к усилению кровотока в микрососудах - улучшается трофика пародонта.

Устройство удобно для использования и может перемещаться во рту в любую область зубного ряда. После обработки одного ряда зубов переходят к другому (верхнему, либо нижнему). Длительность процедуры 2-3 мин. Конструктивная особенность позволяет при необходимости закладывать внутрь устройства дозированное количество зубной пасты.

Было изучено влияние предлагаемого устройства на гигиеническое состояние полости рта, о котором судили по изменениям значений среднего индекса (Кср) - хорошая гигиена (0 - 0,6 баллов), удовлетворительная (0,7 - 1,6 баллов) и плохая (2,6 и более баллов).

Обследовали 37 детей в возрасте 8-15 лет (мальчиков -17, девочек - 20). Контрольную группу составили 10 детей (5 мальчиков и 5 девочек) в возрасте 10-14 лет. У всех наблюдавшихся фиксировали вышеуказанный показатель гигиенического состояния полости рта до чистки зубов и после.

Значения Кср составили в основной группе: у мальчиков до чистки зубов новым устройством - 2,0 - 3,0 баллов, после чистки - 1,0 -2,0 баллов (снижение на 40 - 50%); у девочек соответственно 1,0 - 3,0 и 1,0 - 1,6 баллов (снижение на 30 - 40%). В полости рта неприятных ощущений, травматизации не наблюдалось.

У лиц контрольной группы значения Кср составили: у мальчиков до чистки зубов зубной щеткой - 1,3 - 3,0, после - 1,1 - 2,5 (снижение на 15 - 20%); у девочек соответственно 1,8 - 2,1 и 1,3 - 1,5 (снижение на 10 - 15 %).

Таким образом, предлагаемое устройство из эластичных подковообразных элементов эффективно как средство, обеспечивающее гигиеническое состояние зубов.

---

# ВЛИЯНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОЙ ШИРОКОПОЛОСНОЙ КВЧ-ТЕРАПИИ НА МИКРОФЛОРУ ПЕРИАПЕКАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ПРИ ВЕРХУШЕЧНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ

**Кузнецов А. В.**

*Москва, Институт повышения квалификации ФУ "Медбиоэкстрем", кафедра восстановительной медицины, куртологии и физиотерапии кафедра клинической стоматологии и имплантологии*

Проблеме сохранения зубов, пораженных верхушечным периодонтитом, придается большое значение в связи с широким распространением данной патологии и повышением устойчивости патогенных микроорганизмов к антибактериальным препаратам (Байрамов М.Б., 1994, Максимовский Ю.М., 1997 и др.).

Прогрессирование хронических форм заболевания и недостаточная эффективность лечения из-за развития побочных эффектов, аллергических реакций, а также снижения местной иммунной защиты делает современную тактику лечения верхушечного периодонтита актуальной и социально значимой в отношении поиска новых, эффективных немедикаментозных методов.

Учитывая важную роль бактериальной флоры в развитии воспалительного процесса, мы изучили влияние КВЧ-терапии на состояние микрофлоры в периапикальных тканях, в сравнительном аспекте с традиционным эндодонтическим способом ведения больных. При микробиологическом исследовании было установлено, что микрофлора в большинстве случаев была представлена микроаэрофильными стрептококками в ассоциации с 4-5 видами микроорганизмов, а также отмечалось нарушение соотношения сапрофитной и патогенной флоры за счет присутствия микроорганизмов, имеющих высокий агрессивный потенциал: *Staph. aureus*, *Pr. melaninogenica* и *Actinomyces israelii*.

Нами было изучено в сравнительном аспекте состояние обсемененности этими штаммами у больных основной (где на фоне стандартного лечения применялась КВЧ-терапия местно, на очаг воспаления в течение 5 минут, е/д, 10 процедур) и контрольной групп (только стандартное лечение).

Включение метода КВЧ-терапии предотвращает рост изучаемых штаммов, а к 6-7 процедурам значительно снижает обсемененность в периапикальной области, что подтверждает его преимущество перед традиционными способами борьбы с патогенной микрофлорой, где на 7-е сутки не только не было снижения обсемененности, но и отмечался высокий темп роста (в 2-3 раза) в сравнении с исходными значениями, что доказывает антибактериальный эффект КВЧ-терапии и профилактическую и лечебную ценность этого метода в борьбе с хронической инфекцией бактериального характера.

---

# СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РУЧНОГО И АВТОМАТИЧЕСКОГО ЗОНДИРОВАНИЯ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГЛУБИНЫ ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА И ВЕЛИЧЕНЫ РЕЦЕССИИ

**Кузьминых О.М.**

*Россия, г. Кемерово, фирма "Улыбка"*

Цель исследования - сравнительный анализ точности определения основных клинических показателей состояния пародонта мануальным способом двумя операторами (с одинаковым стажем и уровнем подготовки) и с использованием компьютерной диагностической системы "Флорида Проуб" (ФП).

При проведении исследования использовались два различных типа инструментов: ручные зонды и автоматические (система "Флорида Проуб"). Обследованы 42 пациента в возрасте от 20 до 40 лет. Было обнаружено, что имеются существенные расхождения в измерениях операторов между собой и с ФП как в зависимости от челюсти (верхняя, нижняя), так и в зависимости от сегмента и поверхности зубов. Анализ этих расхождений показывает статистическую достоверность большинства различий в измерениях. При этом результаты измерений операторов отличаются от данных ФП как в меньшую, так и в большую сторону.

Анализ времени затраченного на обследование пациентов позволил выявить две особенности. На измерение пародонтальных карманов у одного пациента ФП тратит в среднем меньше времени ( $344,97 \pm 17,82$  сек.), чем операторы ( $561,64 \pm 19,12$  сек;  $461,4 \pm 13,82$  сек.). Что касается определения величины рецессии, то время ее измерения операторами и с помощью ФП практически не отличается (соответственно -  $210,53 \pm 24,05$ ;  $194,07 \pm 14,89$ ;  $223,47 \pm 25,89$ ).

Таким образом, эти исследования в очередной раз доказывают, что индивидуальные особенности исследователя значительно влияют на точность полученных результатов, и, следовательно, на правильность диагноза и методики лечения. Электронные зонды с постоянной силой зондирования стоят на порядок выше ручных зондов по своей способности определять малейшие изменения уровня прикрепления. К тому же, электронные зонды помогают уменьшить возможность получения вариативных значений при зондировании, а также облегчают сбор и анализ большого количества данных за продолжительный период времени, что, в свою очередь, делают сложные и трудоемкие обследования более осуществимыми. Показано также, что применение ФП не только делает измерения более точными, но и экономит время специалиста, что существенно при высокой нагрузке пародонтолога.

---

# МЕТОД ОЦЕНКИ ТОЧНОСТИ УСТАНОВКИ ИМПЛАНТАТОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ХИРУРГИЧЕСКИХ ШАБЛОНОВ

**Кулаков А.А., Подорванова С.В.**

*Отделение клинической и экспериментальной имплантологии, Центральный НИИ стоматологии РФ МЗ*

Точная установка имплантата в соответствии с проведенным планированием является залогом успешного лечения. Для правильного расположения будущего имплантата предложены и используются различные виды хирургических шаблонов (Israelson et al. 1992; Lima Verde & Morgano 1993; Basten 1995).

Было предположено, что использование шаблонов повышает точность установки имплантата, но данное предположение не было проверено. Мы предлагаем метод, оценивающий точность определения наклона остеоинтегрируемого имплантата при его установке с использованием хирургического шаблона.

Проводили оценку 21 имплантата системы Astra-Tech, установленных с использованием хирургического шаблона 6 пациентам. Все имплантаты являлись двухэтапными и были установлены в дистальных отделах нижней челюсти 1999-2002 годах в нашем отделении.

Первоначально изготавливались диагностические модели для оценки желаемого окончательного результата. Затем - хирургические шаблоны, на которых специальные маркеры указывали запланированное направление препарирования ложа, определенное на диагностических моделях в соответствии с исходной клинико-рентгенологической ситуацией. Стерильный хирургический шаблон помещался в полость рта пациента, во время операции хирург формировал костное ложе, ориентируясь на положение направляющих маркеров. Полученное направление оценивалось, когда были установлены супраструктуры. Рабочие модели с копиями супраструктур размещались в параллеломере. В копии супраструктур устанавливали штифты. Штифт, показывающий направление супраструктуры устанавливали вертикально (изменяя наклон столика параллелометра), затем на рабочую модель помещался использованный во время операции хирургический шаблон, на котором маркеры указывали запланированное направление.

Измеряли углы стержнем параллелометра, показывающим направление супраструктуры (полученное направление) и направляющим маркером на хирургическом шаблоне (запланированным положением имплантата) в двух взаимоперпендикулярных плоскостях.

В результате, средний угол различия между запланированным наклоном имплантата и полученным составлял не более 5,5 градусов в 90% случаев (19 имплантатов).

---

Отклонение имплантата от его запланированного расположения можно объяснить множеством факторов: конструкционной неточностью шаблона, соблюдением техники использования шаблона во время операции, недостаточной шириной открывания рта в данной области ротовой полости, правильностью исследования рабочей модели и точностью проведенных измерений.

В данном исследовании мы оценили точность установки имплантатов клинике при использовании хирургических шаблонов и пришли к выводу, что шаблоны помогают хирургу определить правильное направление для формирования ложа имплантата, и, соответственно, получить хороший эстетический и функциональный результат лечения.

## **ПРЕПАРИРОВАНИЕ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА МЕТОДОМ ВОЗДУШНО-АБРАЗИВНОГО ПРЕПАРИРОВАНИЯ ПА МАТЕРИАЛАМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ «ДЕНТЕКС»**

**Лазарева Е. В.**

*г. Москва, зав. отд. клиники "Дентекс"*

**Макеева И. М.**

*г. Москва, профессор, зав. отд. ЦНИИС*

Качественное препарирование твердых тканей зубов является одним из важнейших условий успешного лечения кариеса и некариозных поражений (И. М. Макеева, 1997). Традиционно для препарирования зубов используются вращающиеся инструменты с различными видами привода, однако этот метод имеет такие недостатки, как вибрация, неприятный звук, значительная болезненность при лечении без обезболивания (Г. М. Барер, И. А. Овчинникова, 2001). При работе без достаточного водяного охлаждения возможна гибель одонтобластов и развитие пульпита (С. М. Sturdevant, 1995). Это обуславливает попытки создания альтернативных методов препарирования, в том числе воздушно-абразивного препарирования (ВАП) (С. L. Bryant, 2000). ВАП может быть самостоятельным и дополнительным методом препарирования (G. Z. Wright, J. K. Graverman, 1999), однако конкретных показаний к применению воздушно-абразивного препарирования в зависимости от типа кариозной полости нет; не дана оценка качеству удаления некротизированных тканей зуба, качеству формирования полости и качеству краевого прилегания пломб, наложенных после воздушно-абразивного препарирования с применением и без применения про-



---

травливания тканей зуба. Все это делает актуальным исследование, направленное на изучение воздушной абразии как альтернативного метода препарирования, так как поможет более широкому внедрению данной методики в стоматологическую практику.

Цель исследования: Повышение эффективности и качества пломбирования зубов на основе разработки рекомендаций по применению воздушной абразии в качестве самостоятельного и вспомогательного метода препарирования.

Задачи исследования:

Дать клиническую оценку качеству удаления некротизированных тканей зуба при применении воздушно-абразивного препарирования (ВАП).

Дать клиническую оценку качеству формирования полостей различных классов с применением воздушно-абразивного препарирования.

На основании электрометрии оценить качество краевого прилегания пломб после применения воздушно-абразивного препарирования без протравливания тканей зуба.

На основании электрометрии оценить качество краевого прилегания пломб после применения воздушно-абразивного препарирования с предварительным протравливанием тканей зуба.

По данным электронной микроскопии дать сравнительную оценку качества поверхности твердых тканей зуба (эмали, дентина, цемента) после обработки методом воздушной абразии и традиционного препарирования.

Разработать показания и противопоказания к самостоятельному применению воздушно-абразивного препарирования и комбинированному применению воздушной абразии с традиционным препарированием борами.

Таким образом, в результате исследования впервые проведено клиническое и лабораторное изучение особенностей формирования полостей различных классов и состояния поверхности твердых тканей зуба для оценки качества препарирования твердых тканей зубов методом воздушной абразии. Установлено, что в качестве самостоятельного метода препарирования воздушная абразия может быть использована только при препарировании неглубоких полостей I и V классов. При необходимости формирования глубоких полостей сложной геометрической формы метод воздушной абразии неэффективен.

Впервые изучены такие параметры, как болезненность при проведении воздушно-абразивного препарирования, скорость удаления твердых тканей зуба, качество формирования полости. Установлено, что безболезненным является только препарирование поверхностного фиссурного кариеса, а скорость удаления дентина значительно превышает скорость удаления эмали, что создает риск случайного вскрытия полости зуба.

Проведена сравнительная оценка качества краевого прилегания пломб, наложенных после применения воздушной абразии и традиционного препарирова-

---

ния. Установлено, что после применения воздушной абразии без протравливания твердых тканей зуба краевое прилегание пломб через 1 год являлось неудовлетворительным.

В эксперименте с помощью сканирующей электронной микроскопии оценено качество поверхности эмали, дентина и цемента после обработки методом воздушной абразии и дана сравнительная характеристика поверхностей твердых тканей зуба, обработанных с помощью воздушной абразии и методом традиционного препарирования. Установлено, что поверхность тканей зубов, обработанных методом воздушной абразии, не обладает структурой, необходимой для качественной адгезии композитных материалов.

Практические рекомендации:

1. На основании клинических и лабораторных исследований определены показания и противопоказания к применению воздушно-абразивного препарирования в качестве самостоятельного и дополнительного метода препарирования твердых тканей зубов, что поможет врачам правильно применить этот метод.

2. Разработаны рекомендации по применению воздушной абразии, выбору метода изоляции мягких тканей полости рта, в зависимости от локализации полости, подлежащей лечению.

3. Доказана необходимость проведения обезболивания при препарировании пришеечных полостей зубов методом воздушной абразии.

4. Доказана необходимость проведения метода тотального протравливания твердых тканей зуба после препарирования методом воздушной абразии и необоснованность отказа от протравливания, что имеет важное практическое значение.

5. При проведении воздушно-абразивного препарирования необходимо использовать личные средства защиты: для пациента - очки, для врача и его ассистента - респираторы и плексигласовый щиток. Одежду пациента необходимо защищать от загрязнения фартуком.

6. Эвакуация аэрозольного облака, образующегося в процессе воздушно-абразивного препарирования, следует проводить с помощью пылесоса-аспиратора.

7. Перед применением метода воздушной абразии на клиническом приеме необходимо проводить пробное препарирование удаленных зубов с учетом быстрого разрушения твердых тканей зубов.

---

# СЕРОТОНИНПРОДУЦИРУЮЩИЕ ТУЧНЫЕ КЛЕТКИ ДЕСНЫ И ЭНТЕРОХРОМАФФИНЫЕ КЛЕТКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ПАРОДОНТИТЕ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

**Лепилин А.В., Осадчук М.А., Карабушина Я.Г., Прошин А.Г.**

*Россия, г. Саратов, Государственный медицинский университет, стоматологическая клиника "Альфа-Дент"*

Целью исследования явилось изучение роли серотонинпродуцирующих тучных клеток десны и толстой кишки в формировании пародонтита у пациентов с синдромом раздраженного кишечника. Обследовано 42 пациента с синдромом раздраженного кишечника (СРК) и хроническим пародонтитом (ХП), 36 больных ХП различной степени тяжести без патологии желудочно-кишечного тракта и 20 практически здоровых лиц. Материал для морфологического исследования получали из слизистой в области переходной складки десны и из сигмовидной кишки. Тучные клетки (ТКсер) десны и энтерохромаффинные клетки толстой кишки (ЕС1), содержащие серотонин, исследовали иммуногистохимическим методом. У практически здоровых лиц число ТК десны, содержащих серотонин, составило 5,3 0,6 на 1 мм<sup>2</sup> десны, а ЕС1-клеток толстой кишки - 2,7 0,1 на 1 мм<sup>2</sup> слизистой оболочки. У больных ХП легкой и средней степени тяжести количественная плотность ТКсер десны увеличивается до 7,3 0,5 и 9,5 0,8 на 1 мм<sup>2</sup> ( $p < 0,05$ ). Согласно результатам морфометрического анализа, ХП легкой и средней степени тяжести на фоне СРК характеризуются увеличением количества ТКсер десны, соответственно тяжести поражения пародонта (8,7 0,7; 11,2 0,6; 14,3 0,9 на 1 мм<sup>2</sup> десны,  $p < 0,05$ ). При этом установлена прямая корреляция между морфометрическими показателями ТКсер и индксом РМА при ХП у пациентов с СРК ( $r=0,73$ ). СРК характеризуется гиперплазией ЕС1-клеток толстой кишки - 5,2 0,4 на 1 мм<sup>2</sup> слизистой оболочки толстой кишки ( $p < 0,05$ ). Между показателями количественной плотности ЕС1-клеток толстой кишки и ТКсер десны у пациентов с ХП на фоне СРК отмечена прямая корреляция связь ( $r=0,57$ ), что свидетельствует об универсальности изменений в диффузной нейроэндокринной системе различных отделов пищеварительного тракта. Проведенные исследования показали, что формирование воспалительных заболеваний пародонта при СРК сопровождается гиперплазией ТКсер десны. Результаты морфометрического анализа ТКсер десны могут использоваться в верификации степени тяжести и прогнозе хронического пародонтита у пациентов с СРК, что позволит оптимизировать тактику ведения данного контингента больных.

---

# КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА РЕТЕНЦИОННЫХ АППАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ АНОМАЛИЙ ПОЛОЖЕНИЯ ЗУБОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ *HELICOBACTER PYLORI*- АССОЦИИРОВАННЫМ ГАСТРИТОМ

**Лепилин А.В., Осадчук М.А., Карабушина И.В.**

*Россия, г. Саратов, Государственный медицинский университет,  
стоматологическая клиника "Альфа-Дент"*

Целью исследования явилось обоснование выбора ретенционного аппарата при ортодонтическом лечении пациентов, страдающих хроническим гастритом, на основе морфометрического анализа гистаминпродуцирующих клеток тучных клеток десны. Обследовано 60 больных хроническим *Helicobacter pylori*-ассоциированным гастритом (ХГ), имеющих аномалии положения зубов, из них: у 30 пациентов в ретенционном периоде ортодонтического лечения использовали съемный ретенционный аппарат с базисом из акрилового полимера, 30 пациентам было проведено шинирование зубов с использованием стекловолоконного материала "Splint It". Группу сравнения составили 20 практически здоровых лиц. Материал для морфологического исследования получали из слизистой в области переходной складки десны и антрального отдела желудка. Тучные клетки (ТКгист) десны, содержащие гистамин, исследовали иммуногистохимическим методом. У практически здоровых лиц число ТКгист десны составило 7,9 0,6 на 1 мм<sup>2</sup> десны. При первоначальном обследовании установлено, что у 90% обследованных пациентов ХГ с аномалиями положения зубов выявляются воспалительные изменения тканей пародонта, что сопровождается гиперплазией ТКгист десны нарастающей соответственно тяжести изменений пародонта (9,8 0,5; 11,7 0,7; 14,2 0,8 на 1 мм<sup>2</sup> десны соответственно при генерализованном катаральном гингивите (ГКГ), пародонтите легкой и средней степени тяжести,  $p < 0,05$ ). В ретенционном периоде через 6 месяцев после комплексного лечения пародонтопатий и эрадикационной терапии у пациентов с ретейнерами из стекловолоконного материала, отмечена нормализация количественной плотности ТКгист десны. В группе пациентов с ретейнерами из акрилового полимера, отмечано повышение ТКгист десны по сравнению с показателями до начала ортодонтического лечения (11,4 0,9; 15,6 0,6; 18,5 0,2 на 1 мм<sup>2</sup> десны соответственно при ГКГ, пародонтите легкой и средней степени тяжести,  $p < 0,05$ ). Полученные результаты свидетельствует о целесообразности использования ретенционных аппаратов из стекловолоконного материала в ортодонтическом лечении пациентов с аномалиями положения зубов на фоне хронического *Helicobacter pylori*-ассоциированного гастрита.

---

## ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ ПЕРОКСИДАЦИИ И ФУНКЦИИ ЛЕЙКОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ПАРОДОНТИТОМ

**Лепилин А.В., Свистунов А.А., Гуцин А.А.**

*г. Саратов, Саратовский государственный медицинский университет*

По современным представлениям одним из ведущих звеньев патогенеза заболеваний пародонта является воспаление, начинающееся в десне в результате патогенного воздействия микроорганизмов зубной бляшки. Первичная реакция пародонта обеспечивается взаимодействием различных классов полиморфноядерных лейкоцитов, как клеток первой линии защиты.

Целью настоящего исследования явилось изучение состояния системы пероксидации и функциональной активности полиморфноядерных лейкоцитов десневой жидкости у больных пародонтитом.

Под нашим наблюдением находилось 45 больных пародонтитом без выраженных деструктивных изменений, группу сравнения составили 12 добровольцев аналогичной возрастной группы без острых и хронических заболеваний пародонта. Нами были исследованы показатели активации образования перекиси водорода и супероксиданиона, активность супероксиддисмутазы (СОД), проведен тест на восстановление нитросинеготетразолия (НСТ-тест) с подсчетом формазан-положительных и формазан-отрицательных нейтрофилов.

В результате проведенных исследований установлено, что у больных пародонтитом отмечается увеличение количества нейтрофилов в десневой жидкости и в периферической крови, при этом наряду с активированными лейкоцитами обнаруживаются незрелые формы. Выявлена прямая положительная корреляция между количеством полиморфноядерных лейкоцитов с увеличением процента НСТ-положительных клеток. Изменения способности восстановления НСТ сопровождалось усилением кислородзависимых механизмов защиты, повышалась активность СОД, образование перекиси водорода.

Таким образом, у больных пародонтитом выявляются нарушения в системе пероксидации и функциональной активности нейтрофилов, что свидетельствует о необходимости и целесообразности разработки методов лечения, направленных на коррекцию выявленных состояний.

---

# ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЗУБНОГО РЯДА НЕСЪЕМНЫМИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИМИ ПРОТЕЗАМИ НА ИМПЛАНТАТАХ ПОЛНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ

**Лосев Ф.Ф., Дмитриев В.М., Жарков А.В.**

*Стоматологический центр "Мегастом"*

## 1. Введение

Внутрикостные имплантаты стали неотъемлемой частью стоматологии и значительно расширили спектр ортопедических возможностей. Вместо традиционных съемных протезов пациенту может быть проведено протезирование с помощью протезов на имплантатах. Имплантаты корневидной формы в настоящее время являются высшим достижением стоматологической имплантологии.

## 2. Остеоинтеграция

На поверхности имплантатов, изготовленных из титана, при контакте с воздухом или водой образуется пассивная оксидная пленка, которая обеспечивает сращивание имплантата с костью.

## 3. Анатомические образования

Верхнечелюстная пазуха

Резцовый канал

Дно полости носа

Нижний луночковый нерв

Подбородочный нерв

## 4. Долгосрочные результаты

Через пять лет: нижняя челюсть - 100%

верхняя челюсть - 96,6% (Henri at al.)

## 5. Планирование имплантологического лечения

Клиническое обследование

Диагностическая модель

Хирургический шаблон

6. Представление клинических случаев имплантологического лечения при полном отсутствии зубов на верхней и нижней челюсти.

Демонстрация клинических слайдов с показом хирургических и ортопедических методик (IMZ, Semados, Ankylos)

## 7. Выводы

---

## СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

**Люлякина Е.Г., Пригодич Л.В.**

*г. Красноярск, Красноярская государственная медицинская академия*

Доля пожилых людей в Красноярском крае увеличилась до 20,6 % от общей численности населения (Г.Н. Гончарова, 1999 г.).

Цель настоящего исследования - изучение стоматологического статуса лиц пожилого и старческого возраста, проживающих в г. Красноярске, оценка нуждаемости в лечебно-профилактической и ортопедической помощи в зависимости от состояния здоровья, социального и материального положения.

Материалы и методы исследования:

На базе стоматологической поликлиники КрасГМА и при подворном обходе пенсионеров анкетировали и обследовали 37 жителей г. Красноярска в возрасте от 60 до 74 лет, 28 человек - от 75 до 91 года. Провели осмотр полости рта, зубов, зубных рядов, определение прикуса, индексов КПУ, ИГ (по Грин - Вермиллиону), ПМА, КПИ (по Леусу), состояние ВНЧС, пародонта, слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ, наличие ортопедических конструкций, нуждаемости в ортопедическом лечении. Полученные данные заносили в специальную карту. Состояние здоровья, материального благосостояния, доступность медикаментов и средств ухода за полостью рта оценивали по данным анкетирования.

Результаты исследования:

При осмотре полости рта индекс КПУ составил в среднем  $17,4 \pm 3,1$  (кариозных зубов -  $1,2 \pm 0,3$ ; пломбированных -  $4,7 \pm 1,1$ ; удаленных -  $11,5 \pm 2,3$ ). Болезни пародонта диагностировали в 65,9 % случаев. В среднем ИГ составил  $2,5 \pm 0,4$ ; ПМА - 1,64; КПИ (по Леусу) -  $2,8 \pm 0,4$ . В различных видах протезирования нуждались 35 человек (54 %). По данным анкетирования 44 человека (67,7 %) ответили, что протезирование является серьезной финансовой проблемой, 3 человека (4,6 %) считали, что в протезировании не нуждаются, 12 человек (18,5 %) отметили низкое качество протезов.

Свое материальное благосостояние 16 человек (24,6 %) оценили как среднеобеспеченное, 21 человек (32,3 %) - как малообеспеченное, 28 человек (43,1 %) - как бедное, когда денег не хватает на питание, родные обеспечивают 10 человек (15,4 %).

Всего 18 человек (27,7 %) регулярно посещают стоматолога, 14 человек (21,5 %) обращаются с острой болью, 33 (50,8 %) по мере надобности.

По результатам настоящего исследования можно сделать следующие выводы:

1. Распространенность кариеса среди лиц пожилого и старческого возраста в г. Красноярске составила 97 %, индекс КПУ составил  $17,4 \pm 3,1$ .

- 
2. Распространенность болезней пародонта составила 56,5 %.
  3. Полная адентия отмечена у 7 % пожилых и 62,5 % лиц преклонного возраста. В ортопедической помощи нуждались 54 % из числа обследованных.
  4. Среди жителей г. Красноярска пожилого и старческого возраста 43,1 % не достаточно средств на питание, медикаменты и гигиенические средства.

## **ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ РАННЕЙ И НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ НАГРУЗКИ ВНУТРИКОСТНЫХ ИМПЛАНТАТОВ**

**Магамедханов Ю.М. Гарафутдинов Д.М.**

*г. Москва, Институт повышения квалификации ФУ "Медбиоэкстрем", кафедра клинической стоматологии и имплантологии*

В современной имплантологии дискутируются возможности нового направления - непосредственной и ранней нагрузки внутрикостных имплантатов. Сторонники соблюдения классических сроков остеоинтеграции внутрикостных имплантатов (2-3 месяца на нижней челюсти и 5-6 месяцев на верхней челюсти) не разделяют оптимизма приверженцев ранней функциональной нагрузки, поскольку, по их мнению, нельзя гарантировать устойчивость имплантатов уже в ближайшее время после протезирования.

Тем не менее, в зарубежной литературе увеличивается количество публикаций о хороших непосредственных и отделенных результатах ранней нагрузки на дентальные осесимметричные имплантаты. Разработана новая концепция протезирования при полном отсутствии зубов на нижней челюсти "Бранемарк - Новум", заключающаяся в внутрикостном введении 3-4 имплантатов в межментальный отдел челюсти с немедленным изготовлением в течение одного дня условно-съёмного протеза с винтовой фиксацией к специальной титановой платформе, объединяющей имплантаты.

Мы исследовали возможности ранней нагрузки имплантатов "Альфа Био" с покрытием "Дуалфит". В течение 2002 г. исследовано состояние 57 имплантатов на нижней челюсти после фиксации мостовидных протезов через 2-4 недели после операции имплантации. Сроки наблюдения 0,6-1 год.

При оценке результатов протезирования использовались методы клинического обследования, а также эхоостеометрия, периостестометрия, ультразвуковая доплерофлоуметрия в области имплантации, оптимальные виды рентгенологического обследования.

Получены хорошие клинические результаты ранней нагрузки имплантатов,



---

подтверждающие состоятельность теории функциональной остеоинтеграции. Тем не менее, требуются дальнейшие экспериментально-теоретические исследования с позиции тканевой интеграции и биомеханики имплантатов с ранней нагрузкой, а также с позиции тонкой диагностики типа интеграции имплантата.

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДЕПОФОРЕЗА ГИДРООКИСИ МЕДИ - КАЛЬЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗИРОВАННОГО ПАРОДОНТИТА**

**Мазур И.П., Михальчук В.В.**

*Киевская медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика.*

Актуальность темы. Первичное медикаментозное лечение генерализированного пародонтита (ГП) направлено на уменьшение воспаления десен путем снятия зубных отложений, медикаментозной обработки и кюретажа пародонтальных карманов (ПК). В пародонтологии для лечения ПК широко используются эмульсии, в состав которых входят антибактериальные, противовоспалительные препараты, ферменты. Следует отметить недостаточное применение физиотерапевтических методов, которые предусматривают введение медикаментов в ПК.

Целью данного исследования было клинико-рентгенологическое обоснование использования депофореза гидроокиси меди-кальция (ДФ ГМК) при лечении ПК у больных генерализированным пародонтитом.

Материалы и методика: проведено обследование и лечение 24 больных генерализированным пародонтитом II степени тяжести в стадии обострения, в возрасте 30-60 лет. Использовались клинические, параклинические, рентгенологические, радиовизио-графические методы исследования. Пациенты были разделены на две группы: I-ю - основную, в которой пациентам при лечении ПК применяли ДФ ГМК и II-я - группа контрольная. Введение гидроокиси меди - кальция в ПК производили при помощи прибора "Endophorese DELTA". При ПК до 5 мм проводили три сеанса через день, при глубине более 5 мм-пять сеансов через день.

Результаты исследований: использование ДФ ГМК уменьшает явления воспаления и отек десен, глубину ПК, стимулирует образование нового клинического прикрепления к зубу. У пациентов I-й группы экссудация из ПК прекращалась после первого сеанса депофореза, кровоточивость при зондировании прекращалась после 4-6 посещения больного. При сравнительном анализе рентгенограмм до и после лечения у больных I-й группы отмечено уплотнение кост-

---

ной ткани, уменьшение костного кармана. Эффективность лечения ПК с использованием ДФ ГМК обусловлена поливалентной бактерицидной активностью препарата, противовоспалительным действием, избирательным лизисом грануляционной ткани ПК, а также стимуляцией процессов репарации тканей пародонта.

Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о высокой эффективности использования ДФ ГМК при лечении ПК у больных ГП.

## **МИАКАЛЬЦИК В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ**

**Мазур И.П.**

*Киевская медицинская академия последипломного образования им. П.Л.Шурика*

В период обострения генерализованного пародонтита (ГП) наблюдаются ускоренные темпы потери альвеолярного гребня. Применение остеотропных препаратов (фосамакс, кальцеин, остеохин) оптимизирует метаболические процессы в костной ткани, тормозит процессы остеокластической деструкции межзубных костных перегородок. Однако максимальный антирезорбтивный эффект достигался в среднем через месяц после приема препарата. Для предотвращения остеопоротических, остеодеструктивных и остеолитических процессов в костной ткани альвеолярного отростка у больных ГП в период обострения нами использовались препараты с выраженным антирезорбтивным действием - Миакальцик ("Novartis", Switzerland).

Цель данного исследования - клиничко-рентгенологическое обоснование применения Миакальцика в комплексном лечении ГП в стадии обострения заболевания.

Материал и методы исследования. Обследовано 69 больных генерализованным пародонтитом II - III степени тяжести, обострившееся течение, в возрасте от 32 до 58 лет. Использовали клинические, параклинические, рентгенологические методы исследования. Для оценки структурно-функционального состояния опорного скелета использовали ультразвуковую денситометрию. Пациентов распределили на две группы: I группу составили 57 больных, которым в комплексное лечение ГП помимо местной терапии назначали Миакальцик по 50 МЕ подкожно, через день, на курс 5 - 10 инъекций или интраназальный спрей по 200 МЕ - 16 доз (1 флакон), II группу - контрольную (12 больных), которым применяли местное лечение заболевания.

---

Результаты исследования. Результаты проведенного клинко-рентгенологического исследования продемонстрировали высокий терапевтический эффект Миакальцика в комплексном лечении ГП в стадии обострения. Нами отмечены противовоспалительные свойства Миакальцика в сочетании с антирезорбтивным действием. Купирование воспалительного процесса, торможение остеокластической резорбции позволяют сохранить максимум костной ткани, а самое главное, белковую матрицу разрушающегося альвеолярного гребня, а в последующем стимулировать его реоссификацию.

Таким образом, применение Миакальцика нормализует метаболизм костной ткани скелета и альвеолярного гребня, тормозит резорбцию межзубных костных перегородок, стимулирует процессы реоссификации, способствует клинической стабилизации патологического процесса в тканях пародонта.

## **ИЗУЧЕНИЕ АДГЕЗИИ КЛЕТОК НА ПОВЕРХНОСТИ ИМПЛАНТАТА С "ПАМЯТЬЮ ФОРМЫ"**

**Миргазизов М.З., Хафизов Р.Г., Низамов Р.С., Хайруллин Ф.А., Зайнутдинов Ф.Ш.**

*Казанский государственный медицинский университет. Кафедра ортопедической стоматологии.*

С целью изучения адгезии остеогенных клеток на пескоструйной поверхности механически активных имплантатов изготовленных из никелид-титанового сплава, нами проведен эксперимент на 9 кроликах, установлено 27 имплантатов.

До установки имплантаты подвергались химической (плавиковая-1; азотная-5; вода-2), механической и пескоструйной обработке.

Забор материала проводился через 7, 14, 21 день. Препараты окрашивали акридиновым оранжевым и проводили люминесцентную микроскопию. Через 7 дней на поверхности имплантата на стороне давления обнаруживаются прикрепленные клетки (фибробластоподобные, остеобластоподобные). В зоне тяги поверхность имплантата покрыта волокнистой соединительной тканью, состоящей из клеток и межклеточного вещества. Через 14 дней на стороне давления обнаружены соединительно - тканые образования с многочисленными остеобластоподобными клетками, а в зоне тяги - соединительно - тканые образования с единичными остеогенными клетками.

На 21 день в зоне давления появляются первые признаки новообразований костной ткани - незначительное количество тонких костных бляшек. В зоне тя-

---

ги среди волокнистых структур обнаруживаются прикрепленные к пескоструйной поверхности зрелые фибробластоподобные и остеобластоподобные клетки.

В ходе данного исследования выявлена адгезия остеогенных клеток на пескоструйной поверхности механически активных имплантатов и установлена ее зависимость от зон давления и натяжения тканей, возникающих под воздействием механически активных элементов.

## **КОСТНАЯ ДЕНСИТОМЕТРИЯ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ**

**Миргазизов М.З., Салеева Г.Т., Кожаринов М.Ю.**

*Казанский государственный медицинский университет, кафедра ортопедической стоматологии*

В последние годы все шире применяется метод замещения дефектов зубных рядов дентальными имплантатами, успех которого определяется большим числом факторов. Одним из них является состояние костной ткани, от которого зависит первичная стабильность имплантата и время его остеоинтеграции.

В клинику ортопедической стоматологии часто обращаются женщины достигшие "бальзаковского" возраста за протезированием с использованием дентальных имплантатов. В то же время многие из них просто не знают о том, что существует постменопаузальный остеопороз, вызванный дефицитом эстрогенов, и распространяющийся также и на зубочелюстную систему.

В связи с этим особенно актуальной становится проблема своевременного выявления остеопороза или его осложнений для определения дальнейшей тактики при планировании дентальной имплантации.

Диагностика остеопороза осложняется тем, что в большинстве случаев он протекает бессимптомно. Несмотря на универсальность рентгенологического исследования, этот метод в значительной степени субъективен и признаки остеопороза выявляются лишь при потере 20-30% массы кости. Поэтому в последнее время широкое применение нашли методы, позволяющие количественно оценить минеральную плотность кости (МПК). Одним из них является ультразвуковая костная денситометрия, основанная на измерении скорости рассеивания ультразвуковой волны в исследуемой кости.

В связи с этим, 87 пациенткам старше 40 лет, обратившимся в нашу клинику с показаниями к дентальной имплантации, наряду с общепринятыми методами обследования проводили ультразвуковой скрининг остеопороза.

---

При оценке МПК у 56 женщин (66,9% от обследованных) Т критерий (от пика костной массы) был в пределах до -1, что соответствует норме; у 28 (32,2%) - в пределах от -1 до - 2,5, что соответствует остеопении и у 3-х (3,4%) пациенток выявился остеопороз: Т-критерий несколько ниже -2,5. Поскольку у обследованных развитие остеопении и остеопороза находилось в бессимптомной стадии, им проводилась консультация гинеколога-эндокринолога для последующей фармакологической профилактики остеопении и остеопороза.

Таким образом, проведение в предимплантационном периоде ультразвукового скрининга МПК позволило провести профилактические мероприятия по remodelированию костной ткани и повысить вероятность успешной дентальной имплантации.

## **ПРИМЕНЕНИЕ БАЛОЧНЫХ КОНСТРУКЦИЙ НА ИМПЛАНТАТАХ ПРИ ПОЛНОЙ УТРАТЕ ЗУБОВ**

**Миргазизов А.М., Чуйкин Р.Ю., Миргазизов Р.М.**

*г. Москва, клиника "Мегастом"*

Конструкции частичных съемных зубных протезов с балочной системой крепления появились в начале 20 века и прочно вошли в практику ортопедической стоматологии. Преимущества таких протезов общеизвестны: надежная фиксация протеза; возможность передачи жевательной нагрузки через пародонт опорных зубов; эффект шинирования за счет создания различных видов стабилизации(фронтальной, сагиттальной, парасагиттальной); возможность достижения результатов с высокой эстетической эффективностью. В балочной системе крепления достаточно большой выбор стандартных балок, имеющих круглую, овальную, прямоугольную, таврообразную форму.

Балочная система крепления съемных протезов заняла достойное место и в имплантологии, особенно при восстановлении полного отсутствия зубов на внутрикостных имплантатах. Достаточно стройную концепцию балочного крепления полных съемных протезов на имплантатах предложил Н.Спиекерманн. Согласно этой концепции выделяются следующие варианты: на беззубой нижней челюсти - два имплантата и одна балка в области клыков (первый вариант); от трех до пяти имплантатов в области между ментальными отверстиями и соответственно с количеством балок от двух до четырех (второй вариант); от четырех до шести имплантатов в промежутке между ментальными отверстиями с двухопорными и консольными балками (третий вариант). На верхней челюсти выделены также три варианта балочного крепления: первый - два имплантата и балка в области клыков;

---

второй - четыре имплантата и три балки в переднем участке верхней челюсти; четыре - шесть имплантатов в переднем и среднем отделах верхней челюсти с тремя и более балками, включая консольные удлинения.

В нашей клинике мы придерживаемся собственной классификации, предусматривающей пять вариантов расположения имплантатов и балок на нижней челюсти и три варианта - на верхней челюсти.

На нижней челюсти:

Первый вариант - два имплантата и одна балка в резцовом и клыковом сегментах.

Второй вариант - три имплантата и две балки в резцовом и клыковом сегментах.

Третий вариант - четыре имплантата и три балки в резцовом, клыковом и премолярном сегментах.

Четвертый вариант - пять имплантатов и четыре двухопорные и две консольные балки в резцовом, клыковом и премолярном сегментах.

Пятый вариант - шесть имплантатов и пять балок в резцовом, клыковом, премолярном и молярном сегментах.

На верхней челюсти:

Первый вариант - два имплантата и одна балка в клыковом сегменте.

Второй вариант - четыре имплантата и три балки в клыковом, и премолярном сегментах с двумя консольными удлинениями в области моляров.

Третий вариант - шесть имплантатов и пять балок в клыковом, премолярном и молярном сегментах.

С точки зрения конструктивной связи балки с супраструктурой существуют матричные и замковые соединения, а также их комбинация. Оригинальные замковые соединения в балочных конструкциях были предложены Г. Рюбелингом, технология изготовления которых связана с применением метода искроэрозивной обработки.

Нами в клинике "МЕГАСТОМ" в последние годы при восстановлении полной утраты зубов успешно применяются балочные конструкции съемных протезов на имплантатах с различными замковыми креплениями.

Основным показанием к применению таких протезов при полном отсутствии зубов является большое межальвеолярное пространство, обусловленное выраженной атрофией беззубых челюстей, при котором невозможно восстановить утраченные зубы с помощью несъемных мостовидных конструкций. А балочная конструкция позволяет решать эту проблему путем подбора необходимой высоты балки и параметров базиса протеза в каждом конкретном случае.

Немаловажное значение с точки зрения гигиены полости рта имеет съемность супраструктуры и разборность самой балочной системы, укрепленной на внутрикостных имплантатах.

---

Прецизионность балочной конструкции достигается за счет применения современных технологий, в частности метода искроэрозионной обработки.

Рабочие этапы изготовления балочной конструкции на имплантатах осуществляются в следующей последовательности.

Врач снимает оттиски с установленных имплантатов обычным способом.

В лаборатории изготавливают специальную, пригодную для искроэрозионной обработки модель, приспособленную для установки аналогов имплантатов, электродов, а также для моделирования балочной конструкции.

На модели в специальные гильзы вкручиваются аналоги имплантатов. Используя пластиковые заготовки, моделируют каркас балочной конструкции и производят отливку из металла.

Далее, в модель устанавливают медные электроды и проводят искроэрозионную обработку каркаса, проводят контроль точности по тесту Шеффилда.

На базе точно припасованного балочного каркаса моделируют вторичную конструкцию и отливают ее из металла на огнеупорной модели.

Припасовка вторичного каркаса и эродирование его под замки и фрикционные штифты.

Лазерная или микроплазменная приварка штифтов и элементов поворотного замка.

Окончательная обработка конструкции, постановка зубов и замена воска на пластмассу.

Припасовка и укрепление протеза в полости рта, контроль точности сопрягаемых деталей.

## **ПРОБЛЕМЫ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПРИ ПОЛНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ**

**Миргазизов М.З.**

*г. Москва, Институт повышения квалификации ФУ "Медбиоэкстрем" при МЗ РФ*

В стоматологической литературе 80-х годов в отдельных публикациях прогностического плана были предсказания о том, что через 10-15 лет проблема полного отсутствия зубов потеряет свою актуальность в результате успехов профилактики и лечения основных заболеваний, приводящих к полной утрате зубов. Предполагалось, что каждый человек даже преклонного возраста до конца жизни сохранит какое-то количество своих зубов, а случаи

врожденного полного отсутствия зубов будут казуистикой. К сожалению, эти прогнозы не оправдались. По-прежнему, распространенность полного отсутст-

---

вия зубов остается высокой. Например, по данным Н.В. Кандейкиной (2000 г.) среди лиц пожилого и старческого возраста у 20,8 % обследованных обнаружено полное отсутствие зубов на обеих челюстях, у 12,2% только на верхней челюсти и 3,8% на нижней челюсти при сохранности определенного числа верхних зубов. Многие пациенты продолжительное время не имели зубные протезы, а определенная часть не могла ими пользоваться после протезирования.

По данным М.И. Садыкова (2002 г.) после ортопедического лечения 28,8 % не пользуются протезами. Эти данные согласуются с ранее известными статистическими показателями эффективности лечения больных при полном отсутствии больных (П.Т.Танрыкулиев,1988, Н.В.Калинина,1990, В.Н. Копейкин 1993 и др.) Между тем, факторы, приводящие к столь значительным цифрам безуспешного протезирования, недостаточно изучены. Ведь речь идет о больных со стойкими нарушениями функций жевания, речи и эстетики на фоне непрерывно протекающих атрофических и деструктивных процессов в зубочелюстной системе, что, безусловно, отрицательно влияет на общее состояние организма.

Таким образом, проблема реабилитации больных с полным отсутствием зубов продолжает оставаться актуальной. Она включает в себя ряд взаимосвязанных задач научного, клиничко-технологического и социального характера. В этом плане приоритетными являются следующие направления:

Разработка методов исследования и комплексной оценки состояния здоровья лиц с полной утратой зубов в зависимости от причин потери зубов, возраста, продолжительности и степени тяжести беззубости до протезирования и уровня восстановления функций зубочелюстной системы после протезирования.

Разработка методических и организационных аспектов медико-социальной экспертизы и реабилитации, больных с полным отсутствием зубов, приведшем к резко выраженным формам атрофии и редукции костной основы челюстно-лицевой области.

Разработка новых материалов, технологий профилактики и оказания ортопедической стоматологической помощи и реабилитации, больных с полной утратой зубов.

В рамках этих научных направлений может быть проведено углубленное изучение многих аспектов полного отсутствия зубов. Имеющаяся информация в этой области будет представлена в отдельных докладах на данном симпозиуме.

Программа симпозиума построена с учетом последних достижений в области реабилитации больных с полным отсутствием. Она состоит из двух групп докладов: первая - по традиционным технологиям протезирования, а вторая - по протезированию с использованием дентальных имплантатов.



---

## ВЛИЯНИЕ ГЕЛЯ ПАНТОВЕГИНА НА СОСТОЯНИЕ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАРОДОНТИТЕ

**Михайленок А.В.**

*г. Москва, Институт повышения квалификации ФУ "Медбиоэкстрем", кафедра восстановительной медицины, куртологии и физиотерапии, кафедра клинической стоматологии и имплантологии*

Учитывая, что в патогенезе воспалительных и дистрофических заболеваний существенная роль отводится состоянию гуморального иммунитета, мы изучили содержание сывороточных иммуноглобулинов классов А, М, G у больных хроническим пародонтитом под влиянием геля пантовегина (15 чел.), используемого на фоне стандартного лечения (СЛ) местно, на курс лечения - 10 процедур, по сравнению с группой (15 чел.), получавшей СЛ.

В исходном состоянии у обследованных больных сывороточные иммуноглобулины классов А, М, G достоверно превышали границы физиологической нормы. Под влиянием проведенного лечения отмечалась достоверная позитивная динамика как у больных основной, так и контрольной групп. Однако, в основной группе значения приближались к нормальным величинам, в то время как в контрольной ни один из показателей не достигал значений нормы.

Полученные результаты, у больных основной группы сохранялись в течение 6-и месяцев и ни у одного обследуемого не было выявлено обострения воспалительного процесса в тканях пародонта).

В контрольной группе через 6 месяцев исследуемые показатели уже достоверно отличались от результатов, что, по видимому, объясняет возникшие рецидивы воспалительного процесса у 1/3 больных хроническим пародонтитом.

Следовательно, полученные данные позволяют рассматривать изучаемые нами показатели иммунной системы как маркеры долгосрочного прогноза.

---

# СОСТОЯНИЕ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ В ДИНАМИКЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ

**Мозговая Л.А., Беляева О.В.**

*г.Пермь, государственная медицинская академия*

Пародонтит имеет хроническое течение, что демонстрирует недостаточную эффективность механизмов иммунитета и неспецифической резистентности организма.

Цель исследования - изучить состояние местного иммунитета полости рта в динамике комплексного лечения больных с хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП) путем определения в жидкости зубодесневых карманов (ЖЗДК) иммуноглобулинов классов G, M и A, а также цитокинов: интерлейкина - 4 (IL - 4), интерлейкина - 8 (IL - 8) и интерферона -  $\gamma$  (INF -  $\gamma$ ).

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 40 чел. в возрасте 22-57 лет с ХГП различной степени тяжести, у которых проведено комплексное стоматологическое обследование, включающее многофакторную индексную оценку состояния пародонта и зубных рядов. Показатели местного иммунитета полости рта определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа. Для забора материала (ЖЗДК) использована оригинальная авторская методика.

Комплексную терапию ХГП у больных проводили по традиционной схеме с использованием по показаниям общепринятых медикаментозных, физиотерапевтических, хирургических и ортопедических методов лечения. В качестве облицовочного слоя в цельнолитых шинирующих конструкциях (72 ед.) применили керамический полимер "Targis" (33 ед., I гр.) и керамическую массу "IPS - Classic" (39 ед., II гр.); металлические каркасы протезов изготавливали из никель-хромового сплава "Целлит - Н".

Результаты исследования. I. Клинические. После курса комплексного лечения ХГП у больных обеих групп наблюдений отмечалась позитивная клинико - рентгенологическая динамика: достоверное снижение величины пародонтального (на 45,3 % и 30,0 %) и гингивального (на 2,87 и 1,62) индексов; глубина пародонтальных карманов уменьшилась на 1,94 и 1,23 мм; время образования гематом увеличилось в среднем в 2,9 раза ( $p < 0,05$ ). Одновременно следует отметить, что наиболее высокий клинический эффект получен в случае применения керомера "Targis" в шинирующих конструкциях зубных протезов.

II. Иммунологические. Проведенное исследование показало, что у больных с ХГП в зоне зубодесневого комплекса наблюдается Th 2 тип иммунного реагиру-

---

вания, что выражается в значительном локальном увеличении концентрации IgG, IgM и IgA (соответственно в 100; 3,6 и 1,8 раза), а также IL - 4 и IL - 8 (соответственно в 3,4 и 2 раза) при одновременном снижении уровня INF -  $\gamma$  в 2 раза.

Комплексная терапия ХГП корригировала исходные показатели состояния местного иммунитета у больных. Так, содержание в ЖЗДК иммуноглобулинов классов G, M и A достоверно уменьшилось соответственно в 37,8; 3,5 и 3,7 раза, а IL - 4 и IL - 8 - в 8,8 и 1,7 раза; INF -  $\gamma$  оказался единственным параметром, на который не повлияло проведение активных лечебных мер.

## **ОСОБЕННОСТИ СОСУДИСТЫХ РЕАКЦИЙ ПУЛЬПЫ ПРИ ОДОНТОПРЕПАРИРОВАНИИ ПОД МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИЕ КОНСТРУКЦИИ**

**Мокшин К.А., Симановская О.Е., Сенькина Ю.В.**

*г. Самара, МСЧ №3, Самарский государственный медицинский университет, кафедра терапевтической стоматологии*

Препарирование твёрдых тканей зуба является сильным стрессорным фактором для пациентов в стоматологии. Остаются не изученными в полном объёме вопросы влияния стресс-реакции на гемодинамику пульпы при одонтопрепарировании под металлокерамические конструкции и их взаимосвязь с тонусом вегетативной нервной системы.

Цель: разработать комплекс рекомендаций и прогностические критерии для оценки жизнеспособности пульпы зуба с целью максимального её сохранения.

В задачи исследования входит: оценка эмоционального стресса до стоматологического лечения, его коррекция, исследование влияния тонуса звеньев вегетативной нервной системы на центральную и периферическую гемодинамику, сравнительный анализ сосудистых реакций при одонтопрепарировании интактных и кариозных зубов, изучение компенсаторно-адаптационных возможностей пульпы на грани нормы и патологии.

Материал и методы: обследовано 60 пациентов. Для оценки тонуса звеньев вегетативной нервной системы применяли метод вариационной пульсометрии, гемодинамику пульпы изучали методом реодентографии с программным обеспечением. Регистрировали волну интактного зуба до и после местного обезболивания, до и после одонтопрепарирования под металлокерамические протезы, на третий, седьмой и десятый день после вмешательства. В результате работы установлена взаимосвязь между тонусом симпатического и парасимпатического звеньев вегетативной нервной системы и приспособительной реакцией сосудов

---

полости зуба. Выделены группы риска развития общих и местных осложнений. Разработан комплекс лечебно-профилактических мероприятий с целью снижения степени выраженности психоэмоционального напряжения. По показателям кровотока (РИ - реографический индекс, ПТС - показатель тонуса сосудов, ИЭ - индекс эластичности и ИПС - индекс периферического сопротивления) разработаны прогностические критерии жизнеспособности пульпы в ответ на глубокое сошлифовывание твёрдых тканей зуба под металлокерамические коронки. Установлена возможность улучшения гемодинамики пульпы опорных зубов путём ограничения длительности и интенсивности стресс-реакции. Коррекция психоэмоционального напряжения и постоянный контроль за показателями гемодинамики позволяют предотвратить развитие необратимых изменений пульпы и увеличить "срок службы" металлокерамических протезов.

## **АЛГОРИТМ ВЫБОРА ВАРИАНТА ПРОТЕЗИРОВАНИЯ С УЧЕТОМ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕГРУЗКИ ОПОРНЫХ ЗУБОВ**

**Мушеев И.Ю. Маркин В.А.**

*г. Москва, Институт повышения квалификации ФУ "Медбиоэкстрем", кафедра клинической стоматологии и имплантологии*

Прогнозирование состояния пародонта опорных зубов в отдаленные сроки после несъемного протезирования на современном этапе осуществляется весьма субъективно. Имеется насущная необходимость в формализации клинических характеристик и в разработке алгоритма процесса прогнозирования результата протезирования с привлечением современных, в том числе математических, компьютерных, методов анализа.

Проведены исследования по трансформации пористости и плотности костной ткани по данным рентгеновского обследования в показатели упругости губчатой кости путем применения вариационных принципов классической теории упругости к гранулированным композитам. Разработаны номограммы с предварительным компьютерным моделированием напряженно-деформированного состояния в зубо-челюстном сегменте с включенным дефектом в боковом отделе зубного ряда, на которых определяется распределение нагрузки и суммарные усилия, которые приводят к разрушению в области корневой системы зубов.

Для клинического примера при отсутствии моляра на нижней челюсти алгоритм выглядит следующим образом: 1. Определить относительную плотность губчатой кости ? по предварительно сделанным рентгенограммам пациента

---

(допустим,  $\rho = 0,86$ ); 2. Определить, подвергались ли лечению опорные зубы, на которые будет устанавливаться мостовидный протез; 3. Определить расстояние между опорными зубами пациента, величину пролета  $h$  (допустим,  $h = 4$  мм); 4. С учетом показателей общесоматического состояния здоровья, возраста и пола или гнадинамометра измерить развиваемую мышцами челюстно-лицевой области пациента распределенную нагрузку на зубы (допустим,  $q = 3$  кг/мм); 5. Определить по номограмме максимально допустимую нагрузку  $q$  на премоляр ( $q = 5,2$  кг/мм<sup>2</sup>); 6. Определить по номограмме максимально допустимую величину пролета металлокерамического протеза с учетом ограничения нагрузки на моляр и нагрузки, развиваемой челюстью пациента ( $h = 5,3$  мм); 7. Определить по номограмме максимально допустимую нагрузку  $q$  на моляр ( $q = 4,7$  кг/мм<sup>2</sup>); 8. Определить по номограмме максимально допустимую величину пролета металлокерамического протеза с учетом ограничения нагрузки на моляр и нагрузки, развиваемой челюстью пациента ( $h_1 = 6,3$  мм); 9. Из значений  $h_1$  и  $h_2$  выбирается наименьшее (5,3 мм) и с учетом 20% запаса окончательно устанавливается допустимая величина пролета металлокерамического протеза условного пациента  $h = 4,2$  мм; 10. Сравнивая величины  $h$  (п. 3) и  $h$  (п. 9), приходим к заключению, что изготовление, последующее наложение и фиксация металлокерамической конструкции зубного протеза целесообразно, если  $h > h$ , то изготовление металлокерамической конструкции зубного протеза может привести к травме с клиническими проявлениями осложнений.

## **ПРЕДПРОТЕТИЧЕСКИЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ПОЛНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ**

**Никитин А.А., Никитин Д.А.**

*г. Москва, МОНИКИ, клиника челюстно-лицевой хирургии*

Одной из актуальных проблем ортопедической стоматологии является подготовка условий в полости рта для рационального протезирования при полном отсутствии зубов.

При полном отсутствии зубов на одной из челюстей происходит резкое нарушение жевательной функции и, в связи с этим, значительное снижение функциональной нагрузки на костную ткань альвеолярного отростка челюсти, что вызывает атрофию кости, характеризующуюся уменьшением объема, размеров и общей массы костного органа.

Длительное отсутствие зубов вызывает прогрессирующую атрофию кости, что, нередко, приводит не только к полному исчезновению альвеолярных отро-

---

стков, но и к атрофии базальных отделов челюстей, что вызывает значительные топографо-анатомические изменения органов полости рта и челюстно-лицевой области: изменяется соотношение альвеолярных отростков челюстей и мягких тканей полости рта, формируется прогенический прикус. В результате снижения высоты альвеолярных отростков челюстей происходит изменение глубины преддверия полости рта.

На нижней челюсти при мелком преддверии или полном его отсутствии слизистая оболочка и мышцы дна полости рта находятся на уровне вершины атрофированного альвеолярного отростка. На верхней челюсти при тяжелых формах атрофии альвеолярных отростков трудности выбора конструкции протеза и его фиксации, нередко, бывают связаны с низким расположением гайморовых пазух и носовой полости, а также с уплощенной формой неба. Изменяется положение уздечек верхней губы и языка, формируются складки и тяжи слизистой. Все это создает крайне неблагоприятные условия ортопедической реабилитации пациентов.

Кроме того, при обследовании пациентов перед ортопедическим лечением зачастую выявляются костные выступы (остеофиты), остеомы, острые края лунок или дефекты костной ткани альвеолярного отростка, связанные с травматическим удалением зубов.

Все эти обстоятельства диктуют целесообразность проведения хирургического лечения, направленного на создание оптимальных условий для протезирования.

Предпротетические хирургические мероприятия проводятся после тщательного клинико-лабораторного и рентгенологического обследования пациента, составления плана лечения и выбора оптимальной ортопедической конструкции.

К ним относятся:

операции на мягких тканях полости рта:

пластика (углубление) преддверия полости рта;

устранение тяжей и складок слизистой оболочки, перемещение уздечек верхней губы и языка;

операции на альвеолярных отростках челюстей:

а) при легкой и средней степени атрофии кости альвеолярного отростка: моделировка альвеолярного отростка, сглаживание острых краев лунок зубов, удаление остеофитов, остеом, замещение небольших дефектов кости;

б) при тяжелой степени атрофии или отсутствии альвеолярного отростка челюсти:

восстановление высоты альвеолярного отростка челюсти с использованием костных ауто-аллотрансплантатов, имплантатов и биокompозитных материалов на основе гидроксипатита;

---

направленная регенерация кости;  
одномоментный или отсроченный синус-лифтинг;  
дистракционный остеогенез.

## **ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА К ВОССТАНОВЛЕНИЮ ДЕФЕКТА ЗУБНЫХ РЯДОВ ДЕНТАЛЬНЫМИ ИМПЛАНТАТАМИ**

**Никитина Л.И.**

*г. Чебоксары, ГОУ "Институт Усовершенствования Врачей" МЗ ЧР. Кафедра стоматологии*

На практике наблюдается высокая заболеваемость тканей пародонта. Основными симптомами хронического генерализованного пародонтита являются хроническое воспаление десен, наличие пародонтальных карманов, появление над- и поддесневых зубных отложений, резорбция костной ткани альвеолярного отростка, подвижность зубов и нарушение окклюзии. Данная патология возрастает у лиц молодого и среднего возраста. Для восстановления дефектов зубных рядов съемные зубные протезы их не удовлетворяют и они отдают предпочтение методу имплантации. Этот метод способствует восстановлению функции речи, жевания, эстетического внешнего вида пациента (Олесова В.Н., 1993). Многими исследователями указано, что микроорганизмы являются наиболее важными этиологическим фактором деструктивных заболеваний пародонта. Для быстрого и полноценного восстановления архитектоники тканей пародонта требуется комплексное воздействие, включающее в себя устранение высокорезистентных к терапии ассоциации микроорганизмов.

Значительное продвижение стоматологии в последние годы достигнуто с разработкой альтернативных инструментальных методов, прежде всего - ультразвуковых осциллирующих инструментов. До операции имплантации всем пациентам проводится тщательная санация полости рта, снятие зубных отложений при помощи аппарата Piezon - master. Для получения лечебного ультразвука с частотой от 27,5 до 32 Кгц использовали пьезокерамический принцип. Пациентам во время санации полости рта проводили дарсонвализацию десен, которая влияет на восстановление микроциркуляции слизистой оболочки альвеолярного отростка челюсти.

Также в последнее года в нашей практике мы стали применять адгезивные лекарственные пленки "Диплен-Дента" с хлоргексидином и дексаметазоном ("Диплен-Дента"), которые обладают антибактериальной и противовоспалитель-

---

тельной активностью, что позволяет использовать их для профилактики воспалительных осложнений. Всем пациентам после снятия зубных отложений на слизистую оболочку наносились данные пленки.

До операции имплантации нами наблюдались 46 больных в возрасте от 22 до 48 лет, среди них 35 мужчин и 11 женщин с диагнозом генерализованный пародонтит легкой и средней тяжести. Этим пациентом проводилось данное комплексное лечение. Результаты лечения оценивали по индексам гигиены, РМА, зубного камня, а также стойкости капилляров методом дозированного вакуума по В.И. Кулаженко. Обследование проводили во время первичного осмотра и перед операцией, через две недели после начала лечения. Результаты исследования показали, что индекс гигиены снизился до 1,3; стойкость капилляров увеличилась на 25 секунд, а индекс зубного камня был равен нулю. Также наблюдалось значительное улучшение индекса РМА с 28 до 3,3 + 2,1. Таким образом, проведенное исследование показало, что данный способ подготовки больных с заболеваниями пародонта к дентальной имплантации может быть рекомендован как эффективный и в короткие сроки позволяющий купировать воспалительный процесс в пародонте.

## **РАННЯЯ ОТСРОЧЕННАЯ ДЕНТАЛЬНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОЛНОЙ АДЕНТИИ**

**Никольский В.Ю.**

*Самарский государственный медицинский университет*

Полное отсутствие зубов продолжает оставаться в числе наиболее актуальных и сложных проблем современной стоматологии. Одним из путей ее решения является дентальная имплантация. В нашей клинике разрабатываются методы раннего введения имплантатов в челюстную кость, а именно - в сроки до 6 месяцев после потери зуба.

В данной работе ранняя отсроченная дентальная имплантация применялась у 21 больного пожилого возраста при удалении одного или нескольких последних оставшихся во рту зубов по поводу хронического периодонтита. Особенность этих вмешательств заключалась в том, что формирование воспринимающего костного ложа имплантата производилось в пределах бывшей лунки зуба в условиях незавершенного репаративного остеогенеза. Поэтому почти всегда осуществлялась альвеолопластика аллогенными лиофилизированными костнопластическими материалами: спонгиозой, брэфокостью и мембранами *dura mater*. Кроме того, применялась местная и общая физиотерапевтическая и ме-



---

дикаментозная терапия, направленная на оптимизацию трофических процессов и минерального обмена в костной ткани челюстей.

Использовались винтовые титановые имплантаты погружного и непогруженного типов с текстурированной структурой внутрикостной поверхности системы "СТАС". С учетом возраста и состояния здоровья пациентов предпочтение отдавалось щадящим, одноэтапным методам имплантации, выполняемым без разреза и без отслаивания слизисто-надкостничного лоскута: было установлено 14 неразъемных имплантатов типа "саморез" и 24 разъемных имплантата с одномоментной постановкой формирователя десны. Согласно классическому двухэтапному, погружному способу было введено 16 имплантатов.

В ближайшем послеоперационном периоде у 4 больных наблюдались местные осложнения воспалительного характера. У 2 пациентов 3 имплантата были дезинтегрированы в течение 3 месяцев после операции. Причем, одному из них все-таки удалось изготовить съемный протез с фиксацией к аттачменту, закрепленному в сохранившемся имплантате.

Показатель положительных результатов хирургического этапа лечения составил 94,4%. У одного из больных, которым были изготовлены зубные протезы с опорой на имплантаты, через год после нагружения произошло отторжение обоих имплантатов. Итоговый коэффициент благоприятных исходов лечения оказался 90,7%.

Исходя из вышеизложенного, раннюю отсроченную дентальную имплантацию с последующим адекватным зубным протезированием можно признать рациональным методом лечения у больных с полным отсутствием зубов.

## **ЗУБНОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ С ОПОРОЙ НА ИМПЛАНТАТЫ ПРИ ПОЛНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ**

**Никольский В. Ю.**

*Самарский государственный медицинский университет*

Одним из самых распространенных стоматологических заболеваний является полное отсутствие зубов, что имеет большое медицинское и социальное значение. При лечении полной адентии методом выбора считается дентальная имплантация. Особую важность представляет вопрос о способах зубного протезирования с опорой на имплантаты при полном отсутствии зубов.

Под нашим наблюдением находился 21 пациент в возрасте от 50 лет и старше, которым была выполнена ранняя отсроченная дентальная имплантация, то есть операция введения имплантата на место утраченного зуба в сроки, не пре-

вышающие 6 месяцев после его удаления. В течение 3 месяцев после вмешательства 3 имплантата подверглись дезинтеграции; одному пациенту пришлось изготовить обычный съемный протез. У остальных больных ортопедический этап лечения начинался спустя 2 недели - 4 месяца после хирургических процедур.

Виды использованных ортопедических конструкций приведены в таблице.

Вид зубного протеза	Количество пациентов	Установлено имплантатов
Полный съемный с фиксацией на аттачмены, закрепленные в имплантаты	10	19
Полный съемный протез, удерживаемый балочной мезиоструктурой, объединяющей 2-4 имплантата	2	4
	2	6
	1	4
Одиночные искусственные коронки с опорой на имплантат и частичный съемный протез с кламмерной или аттачменной фиксацией	3	6
Условно-съемный зубной протез с цельнолитым каркасом и винтовым креплением к объединяющей имплантаты мезиоструктуре	2	12
Итого	20	51

Через год после нагружения произошло отторжение обоих имплантатов у больного с одиночными коронками и частичным съемным протезом. Обращает внимание, что при использовании объединяющих мезиоструктур, оказывающих шинирующее влияние на имплантаты, лечение всегда завершалось положительным результатом. Показатель благоприятных исходов ортопедического этапа со сроком наблюдения до 4 лет составил 96,1%. Итоговый коэффициент положительных результатов лечения - 90,7%.

Таким образом, адекватное зубное протезирование с опорой на имплантаты при полном отсутствии зубов обладает высокой клинической эффективностью.

## **ОПЫТ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИМПЛАНТАТОВ**

**Новгородский С.В., Новосядлая Н.В., Березин Е.Е., Березина А.Е.**  
*Россия, г.Ростов-на-Дону, государственный медицинский университет*

Конструирование зубных протезов с использованием имплантатов зависит от клинической картины, определяемой состоянием оставшихся зубов и тканей протезного ложа, метода имплантации и конструкции имплантата.

---

На кафедре стоматологии Ростовского государственного медицинского университета в последние 5 лет 85 пациентам установлены имплантаты (пластиночные - 19-ти пациентам, винтовые внутрикостные и трансдентальные - 58-и пациентам, сочетания пластиночных и винтовых - 8-и пациентам) и завершено комплексное лечение на имплантатах (цельнолитые металлические и металло-керамические конструкции установлены 77 пациентам, условно съемные протезы - 8 пациентам). В отсутствие общих и местных противопоказаний ортопедическое лечение с использованием имплантатов проведено больным с концевыми (односторонними, двусторонними) дефектами зубного ряда, с полным отсутствием зубов, с обширными включенными дефектами зубного ряда. Использовались методы однофазной (53 пациента) и двухфазной (32 пациента) имплантации. Если через 3 месяца после имплантации рентгенологически обнаруживались признаки воронкообразной резорбции костной ткани более 1 мм в области шейки имплантатов, но клинических проявлений воспалительного процесса не отмечалось, то проводилась ревизия зоны резорбции и удаление грануляционной ткани. При отсутствии подвижности имплантатов, имеющийся дефект костной ткани заполнялся гранулами коллапана или остима-100, устанавливали формирователь десны. Через 12 дней формирователь десны менялся на супраструктуру и проводилось протезирование.

Ортопедический этап лечения на имплантатах состоял из диагностического, промежуточного и окончательного (изготавливались одиночные коронки, мостовидные несъемные и условно съемные протезы, гибридные конструкции) этапов.

Из 85 пациентов у 6 человек (7%) произошло отторжение имплантата в течение первого года после операции, у 15 человек (18%) - спустя 2 года, у 23 человек (27%) - спустя 3 года, у 11 человек (13%) - спустя 4 года, у 30 пациентов (35%) признаков отторжения не появилось спустя 5 лет после операции. После потери имплантата мы либо повторяли имплантацию, либо возвращались к традиционному протезированию.

Таким образом, внедренный нами методологический подход к этапам ортопедического лечения на имплантатах позволил 64 пациентам иметь несъемные эстетические протезы в течение 3-х лет и более, (85% успешного лечения), что соответствует критерию эффективности дентальной имплантации.

---

# ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО- НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

**Онопа Е.Н.**

*г. Барнаул, Алтайский государственный медицинский университет*

Актуальность изучения причинно-следственных связей в развитии дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) и внедрение новых методов диагностики этой патологии, обуславливает то, что клинические признаки дисфункции можно выявить у 14 - 40 % больных, а частота дисфункций увеличивается с возрастом и потерей жевательных зубов (Рабухина Н.А., 1991). Прецизионная диагностика дисфункциональных расстройств ВНЧС ни в коей мере не может быть основана на данных послойной рентгенографии, принимая во внимание сложность движений осуществляемых во время его функции. Исследование и изучение морфологии объемных анатомических элементов, из которых состоит ВНЧС, не позволяют методам послойной рентгенографии (зонография, рентгенография височных костей по Шуллеру) представить истинную рентгенологическую картину при его дисфункции.

Широкое внедрение метода компьютерной томографии и полномасштабное использование всех ее функций позволит добиться наиболее совершенных диагностических показателей.

Компьютерно-томографическое исследование височно-нижнечелюстного сустава проводили с использованием рентгеновского спирального компьютерного томографа "Somatom AR Star" ("Siemens", Германия). Для повышения качества трехмерных реконструкций сканирование в аксиальном направлении выполняли в режиме Spiral. Применение спирального режима сканирования обеспечивает возможность получения перекрывающихся изображений без дополнительной радиационной нагрузки на пациента. Функции трехмерной визуализации включают согласованный набор КТ-изображений, полученных вдоль оси тела пациента и содержащих достаточно данных о какой либо области тела пациента для выполнения трехмерной визуализации и анализа этой области. В диагностических целях сканы выполняются при малой толщине срезов, для исключения снижения пространственного разрешения в продольном направлении, что в последующем может сказаться на качестве реконструируемых изображений.

Полученные данные представляют большой интерес для практикующих врачей-стоматологов, которым ежедневно приходится сталкиваться с проблемой дисфункции ВНЧС.

---

# СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПРИ ДЕФИЦИТЕ ПОЛОВЫХ СТЕРОИДОВ У ЖЕНЩИН С ЕСТЕСТВЕННОЙ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗОЙ

**Орешака О.В., Недосеко В.Б., Варшавский Б.Я., Аккер Л.В., Полухин А.В.**

*г. Барнаул, АГМУ, стоматологический факультет*

Цель исследования. Выявление взаимосвязи между дефицитом гонадотропных гормонов и стоматологическим статусом у женщин с естественной и индуцированной менопаузой.

Материал и методы. Исследование проведено на 120 женщинах 45-55 лет с клинически манифестирующими проявлениями естественной (60 женщин) и индуцированной (60 женщин) менопаузой длительностью более 1 года. Контрольная группа включала 30 практически здоровых женщины пременопаузального возраста.

Исследовались основные показатели клинического и рентгенологического состояния зубов, пародонта и альвеолярных костей. В плазме крови определялись концентрации фолликулостимулирующего (ФСГ), лютеинизирующего (ЛГ), паратиреоидного (1- РТН) гормонов, эстрадиола (Е2), пргестерона (П).

Результаты исследования. Наблюдения показали, что гигиеническое состояние полости рта по индексу Грина-Вермиллиона практически не отличалось и соответствовало среднему уровню. Несмотря на достоверно большую кариесогенность зубного налета у женщин с естественной и, особенно, индуцированной менопаузой, индексы КПУ и КПУп оказались у всех трех групп женщин практически одинаковыми. Величина папиллярно- маргинально- альвеолярного индекса оказалась большей у женщин менопаузального периода, как и показатель интенсивности воспалительного процесса по пробе Шиллера-Писарева. Глубина пародонтальных карманов была наибольшей у женщин с постовариоэктомическим синдромом, особенно в боковых секстантах обеих челюстей. Комплексный периодонтальный индекс оказался существенно повышен у женщин с менопаузой и количественно соответствовал средней тяжести поражения пародонта. Индекс нуждаемости в лечении указывает на необходимость дополнения у этих женщин индивидуальной гигиены мероприятиями профессиональной гигиены полости рта. По ортопантомограммам у подавляющего большинства женщин контрольной группы не было визуальных изменений структуры костной ткани челюстей, а у менопаузальных женщин наблюдались очевидные нарушения, причем при хирургической менопаузе чаще в виде остеопороза, а при естественной- остеосклероза.

Выраженность стоматологических нарушений коррелировала со степенью сопутствующих гипозстрогенемии и гипопрогестеронемии, а также с повышени-

---

ем плазменного уровня ФСГ и ЛГ, но при этом концентрация паратгормона в крови не претерпевала значимых изменений у обследованных женщин.

Заключение. Таким образом, перименопаузальным сдвигам секреции половых стероидных и гонадотропных гормонов сопутствуют значительные нарушения стоматологического статуса женщин, что является частным проявлением системных сдвигов в ремоделировании соединительной ткани. Эта связь реализуется не через паратгормон.

## **ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРОДОНТА У ПАЦИЕНТОВ С HELICOBACTER PYLORI-АССОЦИИРОВАННОЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

**Островская Л.Ю., Лепилин А.В., Осадчук М.А.**

*Россия, г. Саратов, Государственный медицинский университет*

Целью работы явилась оценка пародонтального статуса больных *Helicobacter pylori*-ассоциированной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК). Обследовано 75 пациентов ЯБДК, имеющих патологию пародонта, из них 35 пациентов страдали генерализованным катаральным гингивитом (ГКГ), у 40 пациентов был верифицирован хронический пародонтит (ХП) легкой и средней степени тяжести. Контрольную группу составили 20 пациентов с ГКГ и ХП без сопутствующей патологии пищеварительного тракта. Для диагностики *Helicobacter pylori* в полости рта и желудке использовали гистобактериоскопический метод и метод непрямой иммунофлюоресценции в реакции с моноклональными антителами "ДАКО". При гистобактериоскопическом и иммунофлюоресцентном исследовании мазков-отпечатков с тканей пародонта *H. pylori*-позитивными оказались 65% больных с воспалительными заболеваниями пародонта без сопутствующей патологии органов пищеварения и все обследованные пациенты с ЯБДК ( $p < 0,05$  по сравнению со значениями в контрольной группе). При морфологическом исследовании слизистой оболочки антрального отдела желудка у пациентов с ГКГ на фоне ЯБДК в 42,9% случаев была выявлена I степень, в 45,7% - II степень, в 11,4% - III степень обсеменения *Helicobacter pylori*. У пациентов с ХП на фоне ЯБДК в 22,5% случаев регистрировалась I степень, в 65% случаев - II степень и в 12,5% случаев - III степень обсеменения слизистой оболочки антрального отдела желудка *Helicobacter pylori*. То есть, у больных с ХП достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) регистрировалась II степень обсеменения слизистой оболочки *Helicobacter pylori*. Наиболее часто у

---

больных ЯБДК и ГКГ обнаруживалась I степень активности гастрита (54,3%), реже II - 45,7%. У больных ХП на фоне ЯБДК достоверно чаще ( $p < 0,05$ ), по сравнению с больными ГКГ встречалась II-я степень активности гастрита (67,5%), реже наблюдалась I-я (25%) и III-я (7,5%) степень активности хронического гастрита. Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют о наличии зависимости степени тяжести воспалительного процесса в пародонте с активностью гастрита и степенью обсеменения слизистой оболочки желудка *Helicobacter pylori*. Очевидно, полость рта служит постоянным резервуаром *Helicobacter pylori* и, вероятно, является потенциальным источником инфекции слизистой оболочки желудка.

## СИНУСЛИФТИНГ ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

**Петров И.Ю., Лозовой А.В.**

*г. Воронеж, кафедра стоматологии ФПК и ППС ВГМА им.Н.Н.Бурденко,  
Воронежская областная клиническая стоматологическая поликлиника*

В России в последние годы получил распространение хирургический метод поднятия верхнечелюстных пазух, так называемый "синуслифтинг". С 1995 года в Воронеже, в Центре имплантологии проводятся такие операции с одновременной установкой имплантатов или ее отсрочкой. Накоплен опыт планирования субантральной имплантации и применения различных ее методик с использованием винтовых остеоинтегрированных имплантатов системы "Плазма Поволжья" (Саратов), "Лико" (Москва). За этот период было проведено лечение 150 пациентов с концевыми и включенными дефектами верхних зубных рядов, которые имели показания для субантральной имплантации.

При планировании методики имплантации использовалась имплантологическая классификация Mish-Judy (1985). Согласно классификации все пациенты были разделены на следующие группы: первая группа - пациенты, имевшие объем кости в области пазухи по высоте, ширине и длине не менее 5 мм; вторая группа - пациенты с объемом кости по высоте менее 5 мм; третья группа - пациенты, имевшие недостаточный объем кости (менее 5 мм), но с преимущественной атрофией альвеолярного отростка верхней челюсти. В первой группе проводился синуслифтинг по классической методике с непосредственной имплантацией. Во второй группе проводился синуслифтинг и антропластика. В третьей группе был проведен синуслифтинг в комбинации с аутокостной пластикой альвеолярного отростка верхней челюсти. Эффективность опера-

---

тивных вмешательств способствовало использование osteoкондуктивных и osteoиндуктивных биокомпозиционных материалов (биоимплант и биоматрикс), обладающих биосовместимостью с костной тканью пациента, низкой антигенностью, способствующих минерализации и быстрому формированию матрикса ткани, оказывающих противовоспалительный и противоотечный эффект.

У всех пациентов раны заживали первичным натяжением за исключением двух случаев вторичного заживления из-за несостоятельности швов. В первой группе через 6 месяцев после операции проводился второй этап имплантации с последующим протезированием. Во второй и третьей группах операция имплантации проводилась через 6-8 месяцев. Ортопедическое лечение этих групп пациентов заканчивалось через 6 месяцев после проведения отсроченной имплантации. Во всех группах проводилось клинико-рентгенологическое обследование перед вторым этапом операции. На ортопантограмме прослеживался контур бывшего дна пазухи, свидетельствующий о полноценной osteoинтеграции.

Таким образом, использование методик субантральной имплантации значительно расширяет возможности лечения пациентов с концевыми и включенными дефектами верхних зубных рядов в трудных клинических ситуациях, а применение биопластических материалов снижает тяжесть оперативного вмешательства.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИАЦИДОТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА У ЖЕНЩИН С ПОСТКАСТРАЦИОННЫМ СИНДРОМОМ**

**Погребняк А.В.**

*Киевская медицинская академия последипломного образования им. П.Л.Шурика,  
Кафедра терапевтической стоматологии*

Согласно данным литературы, изменения количества и ритма экскреции половых стероидов у женщин имеет значение в развитии генерализованного пародонтита. При этом, одним из ключевых звеньев в патогенезе генерализованного пародонтита является развитие компенсированного метаболического ацидоза. В ходе экспериментальных исследований по созданию модели генерализованного пародонтита подтверждена значимость метаболического ацидоза у самок крыс, перенесших операцию двухстороннего удаления яичников.



---

В результате проведенных клинических исследований установлены нарушения в системе регуляции кислотно-щелочного равновесия и развитие компенсированного метаболического ацидоза при генерализованном пародонтите у женщин с посткастрационным синдромом. Показана возможность коррекции выявленных метаболических нарушений при пероральном и местном применении антиацидотического препарата в состав которого входит комплекс микроэлементов. Перорально препарат назначали курсом от 1-го до 3-х месяцев, в зависимости от тяжести течения пародонтита. Местно использовали комплекс одинакового микроэлементного состава с добавлением водорастворимого соединения кальция.

После проведенного комплексного лечения генерализованного пародонтита у исследуемой группы женщин на фоне нормализации показателей, характеризующих систему регуляции кислотно-щелочного равновесия, устранены воспалительно-дистрофические явления в тканях пародонта.

Это указывает на целесообразность включения средств с антиацидотическим механизмом действия в комплексное лечение генерализованного пародонтита у женщин при развитии посткастрационного синдрома.

## **ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ТИТАНО-КЕРАМИЧЕСКИХ ПРОТЕЗОВ**

**Поздеев А.И. Олесова В.Н. Осипов А.В.**

*г. Москва, Институт повышения квалификации ФУ "Медбиоэкстрем", кафедра клинической стоматологии и имплантологии*

С ростом благосостояния российского общества все чаще появляется необходимость в применении при зубном протезировании более благородных сплавов, чем хромоникелевые и хромокобальтовые, традиционно применяемые в металлокерамике. В клинике дентальной имплантологии при протезировании с опорой на широко распространенные титановые имплантаты представляется полностью обоснованным использование титановых сплавов. Однако, в силу ряда причин это направление в имплантологии и ортопедической стоматологии в России мало развито.

На основании нашего опыта (12 больных за период с сентября 2001 года) можно констатировать высокую эффективность и достаточную технологичность металлокерамических протезов на титановом каркасе с опорой на титановые внутрикостные имплантаты Альфа-Био (Израиль). Титано-керамические

---

протезы высоко эстетичны, прочны, значительно легче обычных и, несомненно, более биоинертны из-за электро-химической идентичности материалу имплантатов и мгновенной пассивации (45 миллисекунд). Однако, технология титано-керамических протезов существенно отличается от таковой при использовании других сплавов:

сплав титана (Рематитан Ti 1) лучше лется методом дуговой плавки (один электрод - медный тигель, а другой - вольфрам) в среде аргона. Это делается для нейтрализации взаимодействия с кислородом и из-за низкой плотности титана (4,5 г/см<sup>3</sup>);

используются специальные паковочные массы с редуцированным содержанием силикатов и фосфатов для предупреждения загрязнения пограничного слоя металла;

обработка титанового каркаса проводится специальными фрезами с плоским углом заточки для предупреждения локального перегрева и охрупчивания каркаса;

поскольку при нагреве каркаса из титана свыше 882 0 С меняется кристаллическая решетка сплава, используется низкотемпературная фарфоровая масса для облицовки (Дуцератин) с КТР ниже, чем у титана (9,6 10<sup>-6</sup> К<sup>-1</sup>);

для прочности сцепления керамики и титана необходим специальный бонд, который еще и закрывает металл и обеспечивает устойчивость к разрушению металло-керамики, выдерживая стандартизованную нагрузку 85 Н/мм<sup>2</sup>.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ГЕЛЕВЫХ СОРБЕНТОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАРОДОНТИТА**

**Покидько О.А., Заварзина Н.А., Талалай Н.В.**

*г. Воронеж,*

Областная клиническая стоматологическая поликлиника

В настоящее время комплексное лечение пародонтита не представляется возможным без проведения хирургического лечения, адекватного объема и характеру поражения пародонта. Проведение хирургических вмешательств возможно после ликвидации острых воспалительных явлений, что нередко представляет трудную задачу.

Используемые средства местной фармакотерапии воспалительных заболеваний пародонта далеко не всегда способны оказать комплексное воздействие на пародонт, т.е. наряду с антисептическим действием активизировать положительную динамику купирования воспалительного процесса. По мере увеличе-

---

ния числа антисептиков, которые при современном уровне знаний могут быть приняты в расчет, как адекватные средства местной противовоспалительной терапии, возрастает ряд требований к ним. Биосовместимость, устойчивость в биологических средах и при стерилизации, отсутствие токсичности, сенсибилизирующего и канцерогенного действия, определяют возможность широкого клинического применения гелевых сорбентов.

Нами проведена клиническая оценка эффективности гелевого сорбента марки "Гелевин" у больных пародонтитом в стадии обострения.

Препарат обладает выраженной бактерицидной и бактериостатической активностью, локализует инфекционный процесс в ране, предупреждает его распространение на лимфатическое и кровеносное русло; предупреждает адгезию микробов к тканям раневого ложа; подавляет факторы патогенности бактерий; оказывает дезинтоксикационное действие; проявляет длительный антимикробный эффект.

Оценка результатов лечения проводилась по комплексной программе, включающей данные оценки и анализа общеклинических проявлений, характеристик течения развивающегося процесса, цитологических, микробиологических данных.

Препарат применяли у 20 пациентов с пародонтитом средней и тяжелой степени в стадии обострения (пародонтальный абсцесс) в возрасте 20-65 лет. После вскрытия пародонтального абсцесса, проведения антисептической обработки и оксигенотерапии, в пародонтальный карман вносили "Гелевин" с фиксацией повязкой "пародонто-пак" или "диплент-дента". "Гелевин" вносили дважды: сразу после вскрытия абсцесса и на следующий день.

К первому дню отмечалось уменьшение болевого синдрома, отека и воспаления на раневой поверхности.

После обработки сорбентом на 2-е сутки отмечалось уменьшение инфильтрата в размере, скудное гнойное отделяемое из пародонтального кармана.

На 3-й сутки инфильтрат практически рассасывался, пародонтальный карман очищался от некротических масс и гнойного отделяемого.

Результаты цитологического и микробиологического исследования также имели положительную динамику.

Проведенные клинические испытания показали, что "Гелевин" способствует купированию воспалительных явлений в гнойной ране, быстрому очищению и заживлению, хорошо переносится больными, что дает основание для дальнейшего изучения этого метода лечения при острой форме пародонтита.

---

## СОСТОЯНИЕ ПРОЦЕССОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СЪЕМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ

**Прошин А.Г., Лепилин А.В.**

*Россия, г. Саратов, Государственный медицинский университет*

Целью исследования явилось изучение активности процессов перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты у пациентов, пользующихся съемными пластиночными протезами из акриловых полимеров. Обследовано 90 пациентов с полной и частичной вторичной адентией, из них: у 30 пациентов этой группы для изготовления базиса съемного протеза использован акриловый полимер "Тревалон", у 30 - "Этакрил", у 30 - "Редонт-03". Группу сравнения составили 20 лиц с интактным зубным рядом в возрасте 60-65 лет. Для исследований использовали ротовую жидкость, полученную натошак. Активность супероксиддисмутазы (СОД) ротовой жидкости определяли по методу Fried в модификации Nishikimi (1975), определение малонового диальдегида (МДА) - по методу М.С. Гончаренко, А.М. Леонтьевой (1985). До протезирования уровень МДА ротовой жидкости составил  $1,42 \pm 0,03$  мкмоль/л, активность СОД -  $7,18 \pm 0,04$  у.е мин/мл. Проведенные исследования показали, что через месяц после установки пластиночных протезов из акриловых полимеров у всех пациентов в ротовой жидкости нарастает содержание МДА ( $2,08 \pm 0,05$ - $2,96 \pm 0,06$  мкмоль/л,  $p < 0,05$ ). В этот период у пациентов со съемными протезами из "Тревалона" и "Этакрила" повышалась активность СОД ( $8,64 \pm 0,17$ ,  $9,92 \pm 0,07$  у.е мин/мл,  $p < 0,05$ ), а у лиц, которым был применен полимер "Редонт" наблюдалось снижение активности СОД в ротовой жидкости ( $6,33 \pm 0,12$  у.е мин/мл,  $p < 0,05$ ). Через 6 месяцев после проведенного протезирования уровень МДА в ротовой жидкости пациентов, пользующихся протезами из "Тревалона", нормализовался ( $1,49 \pm 0,04$  мкмоль/л,  $p > 0,05$ ), у пациентов с протезами из "Этакрила" достоверно снижался ( $1,66 \pm 0,04$  мкмоль/л,  $p < 0,05$ ), у пациентов с протезами из "Редонта" оставался высоким ( $2,27 \pm 0,06$  мкмоль/л,  $p < 0,05$ ). Через 6 месяцев после протезирования в группе пациентов с протезами из "Тревалона" активность СОД нормализовалась ( $7,20 \pm 0,04$  у.е мин/мл,  $p > 0,05$ ), у пациентов с протезами из "Этакрила" снижалась, но не достигала контрольных значений ( $8,44 \pm 0,09$  у.е мин/мл,  $p < 0,05$ ), а у пациентов с протезами из "Редонта" сохранялось понижение активности СОД ( $6,15 \pm 0,09$  у.е мин/мл,  $p < 0,05$ ). Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности использования полимера "Тревалон" в практике ортопедической стоматологии.

---

## СРАВНЕНИЕ БИОМЕХАНИКИ ЖЕСТКИХ И ПОЛУЛАБИЛЬНЫХ АТТАЧМЕНОВ

**Рогатнев В.П. Олесова В.Н Кравченко В.В. Разумный В.А.**

*г. Москва, Институт повышения квалификации ФУ "Медбиоэкстрем", кафедра клинической стоматологии и имплантологии*

В условиях трехмерной математической модели концевого седла бюгельного протеза с замковым креплением проведено сравнение показателей биомеханики жесткого и полулабильного рельсовых замков. Помимо самих аттачменов, анализировались напряжения в опорных коронках на премолярах, ограничивающих дефект, и в металлическом седле базиса съемного протеза. Моделировалась нагрузка на искусственные зубы протеза в вертикальном (250 Н) и горизонтальном (100 Н) направлениях. В модели учитывались физико-механические свойства всех конструкционных материалов бюгельного протеза, включая металлическую или эластичную матрицы аттачменов.

Обобщая данные, полученные в условиях идентичного математического моделирования, можно констатировать, что между жестким и полулабильным аттачменами нет принципиальной разницы по величине и характеру напряженно-деформированного состояния (НДС) в составляющих замкового крепления. Наиболее уязвимым в плане функциональных напряжений является плечо матрицы в обоих аттачменах (до 48 кг/мм<sup>2</sup>). Тем не менее, следует отметить, что в жестком аттачмене напряжения в наиболее нагруженном отделе - плече матрицы - на 31,4% выше в сравнении с полулабильным. Горизонтальная нагрузка снижает напряжения в плече матрицы жесткого аттачмена на 23,3%, а в полулабильном аттачмене - повышает на 18%. В матрице полулабильного аттачмена несколько больше напряжение (20,5 кг/мм<sup>2</sup> и 17,6 кг/мм<sup>2</sup> соответственно). В металлическом гнезде матрицы полулабильного замка при вертикальной нагрузке напряжения выше (17,8 и 13,4 кг/мм<sup>2</sup> соответственно), а при горизонтальной нагрузке ниже, чем в жестком замке (соответственно 4,7 и 7,95 кг/мм<sup>2</sup>). При этом в полулабильном аттачмене появляется другое место концентрации напряжений - переход в интерлок. Значительные напряжения в полулабильном аттачмене воспринимают интерлок (28,8 кг/мм<sup>2</sup> при вертикальной нагрузке) и эластичная матрица, чем и объясняются различия в НДС анализируемых аттачменов.

В эластичной матрице развиваются при горизонтальной нагрузке напряжения всего в 2 раза меньше, чем в некоторых частях металлического каркаса (2,14 кг/мм<sup>2</sup>); вертикальная и горизонтальная нагрузки вызывают близкие напряжения в эластичной матрице (при вертикальной нагрузке напряжения равны 1,77 кг/мм<sup>2</sup>).

---

Располагая по убывающей величины напряжений в различных областях анализируемых аттачменов можно сделать вывод (табл. 14):

При вертикальной нагрузке на второе место по величине напряжений после плеча патрицы выходит интерлок в полулабильном замке вместо коронки и патрицы в жестком замке. В остальном распределение величин напряжений схоже в обоих замках.

## СОСТОЯНИЕ ПЕРИИМПЛАНТАТНОЙ ЗОНЫ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ОСТЕОПОРОЗЕ

**Салеева Г.Т.**

*Казанский государственный медицинский университет, кафедра ортопедической стоматологии*

В последнее время активно разрабатывается проблема остеопороза. Остеопороз являясь системным заболеванием скелета, характеризующимся снижением костной массы, микроархитектурными нарушениями костной ткани, чаще всего проходит скрытно, постепенно и часто диагностируется уже после переломов.

Все это дает основание называть остеопороз "безмолвной эпидемией". Одной из форм остеопороза является постменопаузальный. Начало дефицита эстрогенов в результате менопаузы сопровождается снижением костной плотности, причем наибольшая потеря происходит в первые 5 лет после прекращения его продукции, хотя небольшое снижение костной массы наблюдается даже в пременопаузальном периоде.

Целью данного исследования явилось изучение периимплантатной зоны в контроле и при экспериментальном гормональном остеопорозе рентгеноструктурным методом анализа.

Материал и методы. Опыты проводились на 9 крольчихах породы Шиншилла. Контрольной (4 животных) и опытной группам проводили операцию дентальной имплантации; причем опытной группе - после операции овариоэктомии (для воспроизведения гормонального остеопороза, наличие которого было доказано биохимическими, денситометрическими, рентгенологическими методами). Животных выводили из эксперимента методом воздушной эмболии через 6 месяцев после дентальной имплантации. Рентгеноструктурный анализ периимплантажной костной ткани проводили на обезвоженных пробах методом "порошка" на дифрактометре "Дрон -3М" по методу Брэгга - Бретано в диапазоне межплоскостных расстояний от 5,0 до 0,2 нм. Полученные результаты сравнивались с унифицированными эталонами.

---

Результаты исследования. На всех дифрактограммах отчетливо видны дифракционные максимумы апатита и отражения рентгеноаморфной фазы d (2,79; 3,07; 3,43 Å). На контрольных образцах дифракционного минимума в области угла 6,85 не наблюдается и прослеживается наилучшая степень кристалличности. В образцах при остеопорозе в периимплантатной зоне появляется дифракционный минимум в области угла 6,85 - d -12,8 Å и отмечается дефектность кристалличности. Судя по дифракционным максимумам, по набору межплоскостных отражений и их относительным интенсивностям материал контрольной группы интерпретируется как гидроксиапатит, а при остеопорозе переходит в фазу сходную с гидроапатитом.

Таким образом, изменения, выявляемые рентгеноструктурным анализом в периимплантатной зоне при гормональном остеопорозе, влияют на остеоинтеграцию дентальных имплантатов и указывают на необходимость коррекции.

## **ЛИМФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ**

**Саранчина Э.Б., Горчаков В.Н., Олесова В.Н., Логинов А.Г.**

*Российская Федерация, г.Новосибирск, ГУ НИИ клинической и экспериментальной лимфологии СО РАМН, Государственная медицинская академия, г.Москва, Центральная стоматологическая поликлиника ФУ "Медбиоэкстрем"*

Эндооссальная имплантация сопровождается изменением тканевого гомеостаза и не всегда дает стойкий и гарантированный результат. Для обеспечения долгосрочной состоятельности дентальной имплантации использован лимфологический подход, при котором важная роль отводится лимфатической системе. Именно от ее функционального состояния во многом зависит развитие патологических или саногенных реакций в области имплантации. Согласно концепции "лимфатического региона" (Бородин Ю.И., 1998) дренируемый орган и регионарный лимфатический узел находятся не только в прямой, но и в обратной зависимости. По характерным изменениям специализированных структур лимфатического узла можно оценить возможное токсическое влияние сплава никелида титана или его индифферентность к тканям организма. Для управления функциями лимфатической системы в постимплантационном периоде предлагается биологически активная добавка к пище (БАД) "Лимфосан", как наиболее отвечающее требованиям по своим полифункциональным свойствам. Целью настоящего исследования является улучшение прогноза эндооссальной имплантации никелида титана ТН-10 путем

---

лимфотропной коррекции с помощью БАД "Лимфосан" по результатам изучения морфологии регионарных лимфатических узлов и характеристики энергетического метаболизма лимфоцитов крови по активности окислительно-восстановительных ферментов в эксперименте. Установлено, что на фоне применения БАД "Лимфосан" отмечена стабилизация показателей структуры лимфатического узла, его морфотипа, измененных имплантацией, что позволяет говорить об осуществлении эффективной перманентной естественной лимфодетоксикации и проявления феномена лимфопротекции. При этом происходит увеличение интенсивности энергетических процессов в митохондриях лимфоцитов, возрастание координирующей роли компонентов ?-глицерофосфатного шунта и, как следствие, повышение энергетического потенциала иммунокомпетентных клеток с расширением адаптивных возможностей на уровне структур лимфатического региона. Таким образом, имплантат, лимфоциты, лимфатический узел рассматриваются как взаимосвязанные элементы детерминации структурного гомеостаза на уровне лимфатического региона, а применение лимфотропного фитокомплекса "Лимфосан" как адресное воздействие на структуры лимфатического региона. Вполне обоснованно использование БАД "Лимфосан" как средство профилактики и средство фоновой терапии на реабилитационном этапе в стоматологии. Повышение протективно-детоксикационного потенциала структур лимфатической системы - актуальная задача, обеспечивающая санацию эндозоологического пространства и обеспечивающая успех стоматологической имплантации.

## **СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТРЕСС И РЕАКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ**

**Сенькина Ю.В., Симановская О.Е., Мокшин К.А.**

*Самара, Самарский государственный медицинский университет, кафедра терапевтической стоматологии.*

Необходимость посещения стоматолога вызывает стресс у большинства пациентов. Стрессовая ситуация отображается на состоянии всего организма и, как результат, возникают нестоматологические осложнения: сосудистый криз, обморок, нарушения коронарного кровообращения и сердечного ритма и т.д. Учитывая наличие сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы, риск неотложных состояний возрастает.

Цель работы: своевременная оценка состояния пациента на грани нормы и патологии на всём протяжении стоматологического лечения.



---

В задачи входит: контроль за звеньями вегетативной нервной системы, исследование резерва адаптационных механизмов у больных с сердечно-сосудистой патологией, выявление групп риска и разработка индивидуальных схем фармакологической коррекции при неблагоприятных прогнозах.

Материал и методы: обследовано триста шестьдесят пациентов. Выделены группы: условно-здоровые, с ишемической болезнью сердца, с гипертонической болезнью, с нейро-циркуляторной дистонией. По стоматологическому диагнозу: с кариесом, с пульпитом, с периодонтитом. Оценка функции вегетативной нервной системы осуществлялась методом спектрального анализа сердечного ритма после регистрации электрокардиографии в стандартных отведениях. В результате работы были выделены пять групп по функциональному реагированию симпатического и парасимпатического звеньев регуляции сердечного ритма: нормотония, выраженная симпатикотония, симпатикотония на фоне резко угнетённого парасимпатического тонуса, выраженная парасимпатикотония и парасимпатикотония на фоне резко угнетённого симпатического звена. Для четырёх последних групп разработаны схемы фармакологической коррекции с оценкой вегетотропного эффекта. Возможен индивидуальный подбор препарата и дозировки. В программное обеспечение входит сигнал индикации тревожных состояний по критическим параметрам на ранних стадиях развития осложнений. Получены достоверные результаты по изменению коронарного кровообращения в сторону его ухудшения при выраженной симпатикотонии в момент снятия острой боли, проведена оценка нарушений сердечного ритма и риска внезапной коронарной смерти по стандартам Европейского общества кардиологов и электрофизиологов (1996). Непрерывный мониторинг вегетативных коррелят и сердечного ритма позволяет максимально расширить показания к стоматологическому лечению больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

## **ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ОКСИГЕНАЦИИ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ПРИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ НАГРУЗКАХ У БОЛЬНЫХ С ПАРОДОНТИТОМ**

**Сохов С.Т., Шаповалова И.А., Оганесова И.Б.**

*г. Ставрополь, медицинская академия, кафедра стоматологии ФПО*

В патогенезе заболеваний пародонта важную роль играют функциональные нарушения. При воспалительных заболеваниях пародонта снижается уровень напряжения кислорода ( $pO_2$ ) в тканях пародонта, развивается гипоксия, которая носит циркуляторный характер (Е.К. Кречина, 1988; К.Б. Куттубаева, 1989;

---

Л.Ю. Орехова и соавт., 2001). Недостаточная функциональная нагрузка, которая имеет место при нарушении целостности зубных рядов, снижении жевательной эффективности имеющихся зубов, изменениях характера питания способствует прогрессированию деструктивных изменений в тканях пародонта при локализованных и генерализованных формах пародонтита (Т.И. Лемецкая, 1998; А.С. Григорьян, А.И. Грудянов, 2001).

Несмотря на то, что существуют множество методов устранения гипоксии, таких как различные виды массажа, применение вазоактивных средств, изучение уровня оксигенации тканей пародонта при генерализованном пародонтите остается весьма актуальной.

Целью данного исследования явилось изучение влияния различных по силе жевательных нагрузок на кислородный обмен в тканях пародонта при генерализованном пародонтите.

Исследование проведено у 36 больных, которых по степени тяжести пародонтита разделили на две группы. Первую группу составили 17 человек с хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени тяжести. Вторую группу - 19 пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести. Изучение кислородного режима тканей пародонта проводили с помощью полярографии, с использованием сильных и слабых жевательных нагрузок, которые моделировали с помощью и под контролем гнатодинамометра.

При анализе полученных данных обращает на себя внимание низкий исходный уровень  $pO_2$ . Согласно средним значениям  $pO_2$  исх. при пародонтите равен в среднем 27-28 мм рт. ст. на рабочей стороне и 23-27 мм рт. ст. - на нерабочей стороне. Другой отличительной особенностью динамики  $pO_2$  при действии функциональных нагрузок на фоне тканевой гипоксии является то, что после действия слабой функциональной нагрузки изменения уровня оксигенации тканей пародонта практически не происходит. При действии же сильной нагрузки - приращение  $pO_2$  не превышало 10-12 мм рт.ст. (или 15-17%) в максимальном своем значении, а по времени длилось 3-5 минут.

Проведенное исследование показало, что пародонт имеет функциональные резервы, которые можно тренировать и тем самым усиливать клеточный метаболизм, энергетический обмен, а в целом - укреплять и поддерживать структуру тканей пародонта.

---

## ПОДГОТОВКА ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЛОЖКИ ПЕРЕД ПОЛУЧЕНИЕМ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СЛЕПКА

**Спирина В.Ю., Садыков М.И.**

*г. Самара, СамГМУ, кафедра ортопедической стоматологии*

Ортопедическое лечение пациентов с полной потерей зубов остается одной из основных проблем современной стоматологии. Протезирование таких больных имеет свои особенности. Так, слизистая оболочка протезного ложа при полном отсутствии зубов отличается разной степенью податливости. Это условие, а также ряд других (степень атрофии альвеолярных отростков челюстей, наличие на их поверхности ретенционных участков, подвижных складок слизистой на протезном ложе) необходимо учитывать при получении функционального слепка.

На сегодняшний день существует достаточно много методов получения функциональных слепков, в том числе при неблагоприятных условиях протезного ложа беззубых челюстей (Кузнецов П.А., 1986; Калинина Н.В., 1990; Свиринов Б.В., 1991; Саввиди Г.Л., 1992, 1999 и др.).

Проанализировав описанные в литературе способы снятия функциональных слепков и обобщив собственный опыт в области полного съемного протезирования, мы разработали и запатентовали методику изготовления и подготовки индивидуальной ложки, позволяющую получить функциональный оттиск с дифференцированным давлением на подлежащие ткани.

Суть метода (а. с. № 1475636). Подбирают стандартную металлическую ложку и получают анатомический слепок. Отливают гипсовую модель, на которой по альвеолярному гребню в области клыков и первых моляров устанавливают вертикальные столбики из размягченного стенса высотой 2-3 мм. Последние определяют толщину будущей ложки. Отмечают на гипсовой модели границы индивидуальной ложки и по ним располагают валик трехгранной формы из термомассы. Трехгранный валик имеет разрывы в 3-5 местах для выхода излишков пластмассы из-под слепка, высотой, равной высоте вертикальных столбиков. Покрывают модель тонким слоем вазелина. Готовят быстротвердеющую пластмассу, наносят в слепок и прижимают ложку со слепком и пластмассой к гипсовой модели со столбиками и валиком. При этом излишки пластмассы выдавливаются через разрывы валика, и индивидуальная ложка формируется точно по намеченным границам.

Далее индивидуальные слепочные ложки припасовывают в полости рта пациента с помощью проб Гербста. Снимают анатомические слепки индивидуальными ложками с прикусными валиками в центральном соотношении челюстей под небольшим давлением мышц, поднимающих нижнюю челюсть. Выявляют

---

зоны повышенного давления ложек на слизистую протезного ложа и в этих участках сошлифовывают на ложках пластмассу в форме выемок. Наносят индивидуальные ложки готовый слепочный материал, например, "Speedex" (корректирующий слой), и получают дифференцированные функциональные слепки с беззубых челюстей в центральном соотношении (решение о выдаче патента от 30.10.2000 по заявке № 2000127242).

По предложенной методике протезировано 15 больных. Изготовлено 28 полных съемных пластиночных протезов. Результаты положительные.

## **ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПАРОДОНТИТОМ ПРИ МЕЛКОМ ПРЕДДВЕРИИ ПОЛОСТИ РТА И ПОДВИЖНОСТИ ПЕРЕДНЕЙ ГРУППЫ ЗУБОВ**

**Старикова Э.Г.**

*г. Калининград, ООО Стоматологическая клиника "Эдкар"*

**Модина Т.Н.**

*г. Москва, фирма "АРПА-М"*

Воспалительный процесс в области резцов и клыков на нижней челюсти часто усугубляется наличием таких факторов как мелкое преддверие полости рта, высоко прикрепленная уздечка и эпителиальные тяжи. Не маловажную роль при этом играет вестибулярное расположение зубов и значительное уменьшение толщины кортикальной пластинки альвеолярной кости, причем у 20% зубов в компактной ткани отмечается явление фенестрации (окно), при котором корень зуба покрыт лишь периостом и десной (Carranza, Newman, 1996). Сочетание конституциональных особенностей и деструктивных процессов в тканях пародонта приводят к убыли костной ткани, возникновению рецессии десны, подвижности зубов и их потере.

Тактика лечения таких пациентов должна быть комплексной, включая коррекцию преддверия полости рта и шинирование подвижных зубов.

Под нашим наблюдением находилось 62 пациента, у которых отмечалось мелкое преддверие полости рта, подвижность 42,41,31,32 зубов с выраженной рецессией десны (РД). По комплексу лечебных мероприятий пациенты были разделены на две группы. В первой группе (30 пациентов) проводилась вестибулопластика по Эдлану (1968г) с одновременным полупостоянным шинированием зубов от 43 до 33 фибросплинтом. В другой группе (32 пациента) проводилось только шинирование зубов. Эффективность полученных результатов оценивалась по величине РД (с измерением в мм) и костной ткани (костный пока-

---

затель Фукса - КП) через год. В первой группе увеличение РД отмечалось лишь у 3 пациентов на 2мм. При этом КП остался неизменным у всех пациентов. Во второй группе РД увеличился в среднем на 1,5 мм у 25 пациентов; значительная потеря костной ткани в области передних зубов отмечалась у 18 пациентов. На основании полученных результатов была сформирована таблица сопряженности "Методы лечения -клинические показатели РД и КП". Анализ данной таблицы, проведенный по критерию - квадрат (Е.А. Лукьянова, 2002), позволяет доказать наличие связи между набором методов лечения и динамикой РД и КП. В клинике это соответствует тому, что сочетание шинирования зубов с одновременной вестибулопластикой снимает напряжение маргинальной десны, стабилизирует подвижные зубы и уменьшает процесс рецессии.

## **НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КЛЕТОЧНОЙ ХИРУРГИИ В РЕКОНСТРУКЦИИ АЛЬВЕОЛЯРНЫХ ОТРОСТКОВ И ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПОЛНЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЗУБОВ**

**Сысолятин П.Г., Радкевич А.А., Гюнтер В.Э., Арсенова И.А., Чуплинская В.В., Носов С.Н.**

*Россия, г. Новосибирск, Новосибирская Государственная медицинская Академия*

Целью настоящего исследования является "выращивание" (создание банка тканей) остеогенной ткани, обладающей высокими остеобластическими свойствами, для костнопластической хирургии.

В эксперименте на животных установлено, что полые контейнеры со стежками из пронизаемого никелида титана с пористостью 45-60%, величиной пор от 10<sup>2</sup> до 10<sup>3</sup> мкм при погружении в костную ткань позволяют многократно выращивать остеогенную ткань (создавать банк тканей) с высокими остеопластическими свойствами. Образование остеогенной ткани в контейнере имело многоступенчатый характер: вначале формировалась рыхлая, затем неоформленная соединительная ткань, волокнистый, гиалиновый хрящ, грубоволокнистая и зрелая губчатая костная ткань. Установлено, что оптимальную регенерацию в дефектах костей обеспечивает пересадка "выращенной" остеогенной ткани, структура которой находится между гиалиновым хрящем и грубоволокнистой костной тканью.

Остеогенная ткань со структурой занимающей промежуточное положение между гиалиновым хрящем и грубоволокнистой костной тканью, после пересадки в костные дефекты не резорбируется, обеспечивает формирование пол-

---

ноценного костного регенерата в ранние сроки. При пересадке полого контейнера из никелида титана с проницаемой пористостью в гребень подвздошной кости быстрого формирования остеогенной ткани наблюдается через 5-5,5 недель.

В клинике "выращенная" остеогенная ткань по разработанной методике была использована у 37 человек для реконструкции беззубых альвеолярных отростков челюстей и дентальной имплантации. Клинико-рентгенологические наблюдения за пациентами в сроки от 1 года до 3 лет после операции с реконструкцией альвеолярных отростков челюстей выявили получение прироста кости от 4,1 до 5,9 мм. Наблюдения показали перспективность использования "выращенной" остеогенной ткани для реконструкции альвеолярных отростков, создания условий для дентальной имплантации, а также для насыщения дентальных имплантатов с проницаемой пористостью для обеспечения оптимальной их остеоинтеграции с окружающими тканями.

## **ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЗАМЕЩЕНИЯ ДЕФЕКТОВ КОРОНОК ЗУБОВ ВКЛАДКАМИ ИЗ КЕРОМЕРА SCULPTURE.**

**Тимакова О.С. Бахарев Л.Ю. Чибисов В.В. Фирер Г.А.**

*г. Москва, Институт повышения квалификации ФУ "Медбиоэкстрем", кафедра клинической стоматологии и имплантологии*

Реставрация или реконструкция коронковой части зубов из-за дефектов, возникших вследствие кариеса или травмы, в настоящее время проводится двумя путями: непосредственно в полости рта с помощью современных композитов или с помощью лабораторного изготовления вкладок из фарфора, керомера, композита. Судя по литературным данным, сторонники каждого из указанных методов с успехом восстанавливают разрушенные зубы практически в идентичных клинических ситуациях. Однако, по нашим данным, долговременный успех с помощью прямых композитных реставраций при значительном разрушении коронки зуба могут обеспечить стоматологи, обладающие глубокими теоретическими знаниями и обширным практическим опытом. Применение лабораторно изготовленных вкладок обеспечивает более гарантированные результаты, о чем свидетельствует анализ эффективности лечения вкладками из керомера "Sculpture" (Дженерик-Пентрон, США). В двух клиниках: Центральной стоматологической поликлинике Федерального Управления "Медбиоэкстрем" при МЗ РФ и Стоматологической клинике "Медсервис-М" за три года вос-

---

становлено 169 зубов с дефектами I-VI классов по Блэку с помощью указанного керомера с использованием вспомогательных материалов той же фирмы - изготовителя. По нашему мнению, применение технологической цепочки одной фирмы, как правило, значительно полезней, чем комбинация материалов разных фирм.

На основании клинических критериев состояния вкладок (целостность, цветостабильность, краевое прилегание, надежность фиксации, целостность твердых тканей зуба, стираемость, адгезия зубного налета) дана оценка каждой вкладки по десятибалльной системе с последующей разбивкой на группы с различным, хорошим, удовлетворительным и отрицательным результатом.

Вкладки обеспечивают высокую эффективность реставрации дефектов зубов: через три года хорошие результаты составляет 63 %, отличные - 1 %, удовлетворительные - 32%. Вкладки незаменимы при дефектах одновременно нескольких зубов, особенно в боком отделе при снижении межальвеолярного расстояния. Значительное разрушение зубов (ИРОПЗ более 50%) предпочтительней восстанавливать с помощью вкладок. В то же время вкладки не лишены недостатков, характерных также и для прямых реставраций композитами (3 % отрицательных результатов); встречались случаи расфиксации вкладок, отколы вкладок и твердых тканей зуба, неудовлетворительное краевое прилегание.

## **ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКИ АКТИВИРОВАННЫЙ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ РАСТВОР - АНТИСЕПТИК XXI ВЕКА**

**Торопов А.В., Торопова А.В., Торопов В.Н.**

*г. Омск, Областная стоматологическая поликлиника, лаборатория активированных растворов*

В последние годы ряд исследований был посвящен изучению свойств антисептиков нового поколения - электрохимически активированных растворов и возможностей их применения в стоматологии.

Академиком В.М.Бахиром и множеством его учеников разработана глубоко научная теория электрохимической активации водных растворов, которые оказались весьма эффективными при лечении гнойно-воспалительных процессов.

В ходе электрохимической активации в физиологическом растворе появляются вещества, представляющие собой неорганические короткоживущие пероксидные соединения -  $\text{HClO}$ ,  $\text{ClO}$ ,  $\text{ClO}^-$ ,  $\text{Cl}$ ,  $\text{HO}_2$ ,  $\text{HO}$ ,  $\text{H}$ ,  $\text{O}_2$ ,  $1\text{O}_2$ ,  $\text{O}^-$ . Это сверхсильные окислители, которые придают активированному физиологическому раствору антибактериальные, вирулицидные, спороцидные свойства.

---

В зависимости от заданных параметров установки "Изумруд-СИ-автомат", получают активированный физиологический раствор - анолит (АНК) с заданным содержанием активных окислителей (100 мг/л, 200 мг/л, 500 мг/л) и величиной pH (от 2,5 - 4,0 для кислого до 7,2 - 8,4 для нейтрального и слабощелочного типа АНК).

Научно-исследовательская работа по изучению свойств и механизма бактерицидности активированного раствора нами проводилась с 1984 года, в Омском государственном медицинском институте. По данной теме защищена кандидатская диссертация В.Н.Тороповым, получено 6 патентов в период с 2000 по 2003 годы.

Один из патентов - это "Способ получения водного раствора антисептика для лечения абсцессов и флегмон" (Патент №2189217 от 20.09.2002 года). Проводимые нами микробиологические исследования доказали высокую антибактериальную активность электрохимически активированного физиологического раствора в отношении микроорганизмов: *K.pneumoniae*, *P.vulgaris*, *P.stutzeri*, *P.aeruginosa*, *S.aureus*, обладающие множественной антибиотикоустойчивостью.

При использовании активированного физиологического раствора - анолита (АНК) для промывания гнойной раны с концентрацией активных окислителей до 200 мг/л и окислительно-восстановительного потенциала (ОВП) = 1180 мВ на вторые-третьи сутки было отмечено снижение контаминации микроорганизмами раневой поверхности от массивного до скудного роста и появление штаммов микроорганизмов, чувствительных к антибиотикам. Все первично выделенные виды микроорганизмов были устойчивы к растворам 0,1 - 0,5 % хлорамина, 0,05 - 0,1% клорсепта и напротив, чувствительны к электрохимически активированному раствору. Проводимый бактериологический контроль из раневой поверхности подтвердил отсутствие патогенной микрофлоры на 3 - 4 сутки. Начиная с третьих суток от момента вскрытия гнойника, отмечено активное образование грануляций, что подтверждается данными цитологического исследования поверхности ран. При использовании активированного физиологического раствора сроки заживления гнойной раны сокращались до 7 - 9 суток, что позволило раньше наложить вторичные швы, по сравнению с контрольной группой.

Таким образом, наш опыт свидетельствует о высокой эффективности активированного физиологического раствора в лечении гнойно-воспалительных процессов.

Активированный физиологический раствор обладает выраженным бактерицидным действием, ускоряет переход воспалительного процесса в стадию дегидратации, нормализует репаративные процессы. Низкая себестоимость раствора, простота получения позволяет рекомендовать активированный физиологический раствор к широкому клиническому испытанию в других областях стоматологии как пародонтология, имплантология, профилактика начальных форм кариеса. Публикации работ данной направленности уже появились в печати



---

("Эндодонтия today", том 2, номер 1-2'2002, Сборник научных работ Первого и Второго международного симпозиума, состоявшихся в 1997 и 1999 годах в г.Москве под эгидой Минздрава России "Электрохимическая активация в медицине, сельском хозяйстве, промышленности"). В резолюции этих форумов было акцентировано внимание на то, что в XXI веке медицинские и фармацевтические технологии будут основаны на электрохимической активации самых различных жидкостей.

Таким образом, накоплен значительный опыт применения электрохимически активированных растворов в лечебной практике по разным специальностям.

Применение электрохимически активированных растворов дает кроме клинического высокий экономический эффект, т.к. избавляет от необходимости закупать дорогостоящие дезинфектанты и антисептики, что чрезвычайно актуально в условиях современной экономической обстановки в стране.

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АДГЕЗИВА СТС ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛНЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЗУБОВ**

**Тупикова Л.Н., Ковалев О.А.**

*г. Барнаул, Алтайский государственный медицинский университет, кафедра ортопедической стоматологии*

По данным Центра демографии на сегодняшний день пятая часть населения России - это лица пенсионного возраста. Как показали наши исследования, 27,88% пациентов возрастной группы 65-74 лет нуждаются в изготовлении полных съемных пластиночных протезов (ПСПП). В данном возрасте ухудшаются условия для анатомической ретенции ПСПП, могут возникать патологические изменения слизистой оболочки полости рта.

На кафедре ортопедической стоматологии АГМУ создана стоматологическая терапевтическая система (СТС) - адгезив на основе экстрактов лекарственных трав, произрастающих в Алтайском крае (Патент № 2158124 от 27.10.2000 г.). СТС обладает выраженными адгезивными свойствами, способностью к пленкообразованию, ее сохранению и возможностью снятия с поверхности протеза после использования. Способом математического моделирования обоснован оптимальный состав основы адгезива, подтверждены его фиксирующие качества. С целью оказания антимикробного, противовоспалительного, дезодорирующего, снижающего рвотный рефлекс действия в СТС введены: сухой экстракт бадана, масло облепиховое, масло мятное. Состав для фиксации ПСПП пред-

---

ставляет собой полупрозрачную, коричневую однородную вязкую массу, липкую на ощупь, с приятным мятным запахом и холодящим вяжущим вкусом. Антимикробное действие СТС доказано воздействием на музейные и клинические штаммы условно-патогенных и патогенных микроорганизмов и штаммы, непосредственно выделенные у пациентов. В эксперименте на лабораторных животных (кроликах) изучено противовоспалительное действие СТС. Исследование показало, что СТС обладает выраженным местным противовоспалительным эффектом. Результаты анкетирования пациентов показали, что в основной группе (ПСПП с адгезивом) 97,5±2,5% пациентов успешно пользуются ПСПП, в контрольной группе (ПСПП без адгезива) удовлетворенных пациентов только 90,0±6,7%. При использовании адгезива сроки адаптации к ПСПП сокращались с 14-30 дней до 7-10 дней. Пациенты реже испытывали "чувство инородного тела" в полости рта, "потертости и боли под протезом, отмечали лучшую фиксацию во время функции, дезодорирующий эффект, указывали на снижение рвотного рефлекса (при его наличии) и в целом оценивали использование ПСПП в реабилитационном периоде положительно.

## **САНАТОРНО - КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАРОДОНТИТА И СОПУТСТВУЮЩЕГО КАНДИДОЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА**

**Тургенев А.В., Тургенева Г.Г., Казаков В.Ф., Бережной В.П.,  
Давыдкин Н.Ф., Тургенев В.В.**

*Самарская область, санаторий "Волжский Утес" МЦ УДП РФ, Самарский Гос-  
медуниверситет*

В практике врача - стоматолога все чаще встречается микстная патология : хронический пародонтит и кандидоз слизистой оболочки полости рта (СОПР). Это обстоятельство способствует взаимоотношению течения этих заболеваний, толерантности к терапии. Перед данным исследованием ставилась цель оптимизации санаторно-курортного лечения (СКЛ) микстной патологии фитотерапевтическими и природными лечебными факторами.

В двух сопоставимых по половозрастному признаку группах по 25 человек в каждой использовалась базисная схема лечения основного (ИБС,ГБ,сахарный диабет) и сопутствующих заболеваний (полиартрит, остеохондроз), включавшая минеральные и искусственные ванны, пеллоидотерапию, массаж, лечебную физкультуру. По поводу вывленной микстной патологии в полости рта контрольная группа (КГ) больных получала комплексное лечение: снятие зуб-

---

ного налета, гигиенический комплекс, фитопрепараты, иммуномодуляторы. В группе вмешательства (ОГ) дополнительно использовалось глинолечение голубой кембрийской глиной в виде аппликаций при наличии металлических конструкций в полости рта, при их отсутствии - электрофорез суспензии глины.

Состояние пародонта и СОПР (реопародонтограмма, гигиенический и пародонтальный индексы, бактериоскопия мазков со слизистой), биохимический гомеостаз, адаптационный потенциал организма (тест Люшера, математический анализ ритма сердца, анализ лейкограммы по Л.Х.Гаркави) исследовались трижды за период СКЛ для оценки темпов формирования и полноты лечебного эффекта. Полученные результаты подвергнуты вариационному и корреляционному анализу.

В группе вмешательства было обнаружено достоверно более быстрое формирование лечебного эффекта с высоким уровнем корреляции между клиническими и лабораторными, инструментальными показателями. Уменьшение кровоточивости десен, их уплотнение, переход от 2 к 1 степени подвижности зубов, положительные сдвиги со стороны реопародонтограммы, снижение гигиенического и пародонтального индексов, улучшение психологического статуса и вегетативного гомеостаза опережали адаптивные изменения в лейкограмме, которые появлялись на 7 - 10 дни лечения и по Л.Х.Гаркави соответствовали состоянию повышенной активации неспецифической реактивности организма. Биохимический гомеостаз больных ИБС, ГБ, сахарным диабетом не нарушался под влиянием достаточно нагрузочного комплекса СКЛ.

Таким образом, комплексное СКЛ, адаптированное для больных пародонтозом и кандидозом СОПР, с использованием природных лечебных факторов (голубая кембрийская глина) способствует более быстрому и стойкому достижению са-ногенетического эффекта.

## **ВЛИЯНИЕ УЛЬТРАЗВУКА НА СОСТОЯНИЕ ЛОКАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ**

**Фирер Г.А. Зисман В.А.**

*г. Москва, Институт повышения квалификации ФУ "Медбиоэкстрем", кафедра восстановительной медицины, куртологии и физиотерапии, кафедра клинической стоматологии и имплантологии*

При дентальной имплантации существенное влияние на организм человека оказывает острая травматизация тканей ротовой полости и развивающееся вслед за этим реактивное воспаление. При этом, в первую очередь реагируют-

---

неспецифические факторы защиты и локальный иммунитет, которые генетически обусловлено направлены на ликвидацию указанных повреждений в организме. Что касается локального иммунитета, показателем которого является sIgA, то практически существует единодушное мнение о его роли в процессах восстановления не только поврежденных тканей, но и в процессах репарации.

Результаты проведенных нами исследований показали, что в исходном состоянии наблюдается достоверное снижение содержания SigA в слюне.

Нами был проведен сравнительный анализ влияния различных лечебных методов на показатели неспецифической реактивности. Было установлено, что в основной группе, где на фоне стандартного профилактического лечения применяли ультразвук (с использованием специального излучателя с боковой излучающей поверхностью, от аппарата "УЗТ-102", местно, на область установленного имплантата, в непрерывном режиме, контактно, контактная среда - персиковое масло, методика лабильная, интенсивность 0,2-0,4 Вт/см<sup>2</sup>, продолжительность процедуры 5 мин., №10, е/д.) к концу курса лечения была отмечена выраженная стимуляция местного иммунитета, сниженного после оперативного вмешательства, что сопровождалось его полным восстановлением. В то время как в контрольной группе, где проводилось стандартное профилактическое лечение (гигиеническая обработка полости рта, полоскание рта асептическими растворами) за 12-14 дней изменений практически не отмечено.

Таким образом, отмечено, что при применении ультразвука выявлены односторонние корректирующие влияния, которые во всех случаях превосходили показатели контроля.

## **ВЛИЯНИЕ УЛЬТРАЗВУКА НА СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ В ОБЛАСТИ ИМПЛАНТАТА ПРИ РАЗВИВШИХСЯ ПЕРИИМПЛАНТИТАХ**

**Фирер Г.А. Зисман В.А.**

*г. Москва, Институт повышения квалификации ФУ "Медбиоэкстрем", кафедра восстановительной медицины, куртологии и физиотерапии, кафедра клинической стоматологии и имплантологии*

Учитывая важность состояния кровообращения в реализации противовоспалительного эффекта, нами было изучено состояние микроциркуляции у больных с развившимися перимплантитами методом фотоплетизмографии,

Больные были разделены на 2-е сопоставимые группы: 1-я контрольная (10 чел.), - стандартное стоматологическое лечение перимплантата (ССЛ), 2 - ос-

---

новая (10 чел.) - ССЛ + ультразвук на область десны, интенсивностью 0,2-0,4 Вт/см<sup>2</sup>, в непрерывном режиме, контактно, в течение 4-х минут, №10, е/д.

До лечения, у обследованных больных были выявлены существенные нарушения состояния кровообращения в области периимплантата, выражающиеся в снижении кровенаполнения, наличии признаков сосудистой дистонии и нарушения венозного оттока. Под влиянием курса лечения уже после 5-6 процедур наиболее выраженная коррекция гемодинамики периимплантационной области наблюдалась в основной группе, в то время как при стандартном лечении даже после курсового применения достоверная положительная динамика показателей фотоплетизмографии не сопровождалась их нормализацией.

В основной группе улучшение кровенаполнения выразилось однонаправленным изменением показателей, свидетельствующих об улучшении тонуса и эластичности артериальных сосудов, обеспечивающих улучшение кровообращения по артериальному микроциркуляторному руслу на фоне уменьшения явлений венозного застоя. В контрольной группе было отмечено лишь улучшение показателей венозного оттока. Полученный эффект в этой группе хотя и является важным в создании противовоспалительного эффекта, однако он не привел к существенному улучшению кровенаполнения в исследуемой области.

Таким образом, можно сделать вывод, что нормализация микроциркуляции слизистой оболочки в зоне патологического очага, за счет включения ультразвука в комплекс лечебных мероприятий при периимплантатах способствует реализации противовоспалительного эффекта и сокращению сроков лечения.

## **ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ**

**Фирер Г.А. Зисман В.А.**

*Москва, Институт повышения квалификации ФУ "Медбиоэкстрем", кафедра Восстановительной медицины, куртологии и физиотерапии, кафедра клинической стоматологии и имплантологии*

Одной из важнейших проблем современной имплантологии является профилактика и купирование воспалительных процессов, уровень которых продолжает оставаться достаточно высоким. В связи с недостаточным числом исследований по использованию физиотерапевтических факторов для профилактики и лечения воспалительных осложнений в имплантологии, особо остро стоит

---

вопрос о научном обосновании применения физических факторов в ранний послеоперационный период. В полной мере это может быть отнесено к такому фактору, как ультразвук.

С этой целью нами была проведена оценка клинического течения раннего послеоперационного периода у больных после дентальной имплантации с использованием различных схем профилактического воздействия.

Больные были разделены на 2-е сопоставимые группы: 1-я контрольная (20 чел.), со стандартным профилактическим лечением (СПЛ) с использованием асептических средств, 2 - основная (20 чел.) - СПЛ+ультразвук (от аппарата "УЗТ-102", на область оперативного вмешательства, интенсивностью 0,2-0,4 Вт/см<sup>2</sup>, в непрерывном режиме, 4 минуты, №10, е/д..).

Оценку клинического течения раннего послеоперационного периода проводили у пациентов обеих групп исследования на 2-е, 5-е, 7-е и 10-е сутки после операции.

Применение в ранние сроки (со 2-го дня после имплантации) ультразвука значительно сократило сроки заживления послеоперационной раны, которое завершилось у всех пациентов этой группы на 7-е сутки ( $p < 0,01$ ), тогда как у пациентов контрольной группы заживление через 10 дней было отмечено лишь у 85% пациентов.

Таким образом, полученные данные дают основание отметить хорошо выраженный противовоспалительный эффект ультразвука, который выразался в снижении таких показателей, как: температура, увеличение лимфатических узлов, отек мягких тканей, отек и гиперемия слизистой оболочки, что лежит в основе сокращения сроков заживления послеоперационной раны и позволяет рекомендовать применение ультразвука в качестве профилактического средства у больных в первые дни после дентальной имплантации.

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОГЕРЕНТНО-ОПТИЧЕСКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ КРОВИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДЕСНЫ В ДИАГНОСТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА**

**Хариш Н.А., Лепилин А.В., Карпович А.В.**

*Россия, Саратов, Государственный медицинский университет*

Целью настоящей работы явились разработка и апробация когерентно - оптического метода измерения скорости кровотока в микроциркуляторном русле-

---

---

слизистой оболочки десны, а также определение оптимальных параметров изменения скорости кровотока слизистой оболочки десны при воспалительных заболеваниях пародонта.

В процессе работы нами разработана и апробирована экспериментальная установка, состоящая из гелий-неонового лазера ЛГН-305, волоконно-оптического датчика фотоприемника ФД-256, усилителя высокочастотного широкополосного УЗ-29, магнитофонной деки АГВА АД-Ф460 и компьютера. Разработана новая технология изготовления датчика оптического сигнала для определения изменения микроциркуляции крови слизистой оболочки десны. Обследованы 21 пациент с генерализованным катаральным гингивитом (ГКГ), 55 больных хроническим пародонтитом легкой степени тяжести (ХПл), 37 - средней степени тяжести (ХПс) и 7 пациентов с тяжелым пародонтитом (ХПт). Контрольную группу составили 30 пациентов с интактным пародонтом.

Скорость микроциркуляции крови слизистой оболочки десны у лиц с интактным пародонтом составила от 950 Ед/с до 1100 Ед/с, в среднем - 1016,8 18,2 Ед/с. В процессе исследований выявлены параметры слизистой оболочки десны, характерные для пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта: при ГКГ скорость микроциркуляции крови слизистой оболочки десны находилась в пределах от 840 Ед/с до 950 Ед/с, в среднем - 874,0 11,2 Ед/с ( $p < 0,001$  по сравнению с контролем); при ХПл значения скорости микроциркуляции крови слизистой десны колебались от 761 Ед/с до 840 Ед/с, в среднем - 801,9 6,4 Ед/с ( $p < 0,001$  по сравнению с контролем и значениями у пациентов с ГКГ); при ХПс скорость кровотока слизистой десны составила от 700 Ед/с до 760 Ед/с, в среднем - 731,6 4,7 Ед/с ( $p < 0,001$  по сравнению с контролем и значениями у пациентов с ГКГ и ХПл); при ХПт значения скорости микроциркуляции крови десны находились в пределах от 600 Ед/с до 700 Ед/с, в среднем 666,4 24,2 Ед/с, с ( $p < 0,001$  по сравнению с контролем и значениями у пациентов с ГКГ, ХПл и ХПс).

Полученные данные свидетельствуют о целесообразности использования когерентно-оптического метода в диагностике воспалительного процесса в тканях пародонта.

---

## СОСТОЯНИЕ ПАРОДОНТА ИНФИЦИРОВАННЫХ ВИ- РУСОМ ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА (ВИЧ)

**Харченко О.И.**

*Российская Федерация, г. Москва, Государственная стоматологическая поликлиника 62 ЮАО*

С конца 1998 года по утвержденной государственной научно-технической программе (ГНТП СПИД) борьба с наиболее распространенными заболеваниями и гранту Академии медицинских наук проводилось стоматологическое обследование пациентов 2 КИБ г. Москвы, инфицированных ВИЧ.

Задача исследования: идентификация проявлений ВИЧ-инфекции в полости рта, связанных с

изменениями иммунологических показателей. С помощью рутинных стоматологических методов (опрос, осмотр, измерения глубины карманов, индексов: ГИ, кровоточивости, SPITN, пробы Шиллера-Писарева) изучено состояние слизистой оболочки и околозубных тканей у 19 пациентов (12 мужчин, 7 женщин) в возрасте 17-55 лет с диагнозом ВИЧ-инфекция, подтвержденным по схеме: скринговый тест ИФА иммуноблот.

Клинические обследования проводились в соответствии рекомендации Глобальной программы ВОЗ по СПИДу с соблюдением общих принципов мер профилактики ВИЧ-инфекции (1988, 1993) и эпидкарты ВОЗ.

У всех пациентов без различия пола, гигиеническое состояние полости рта неудовлетворительно. У 10-х под- и наддесневые зубные отложения, хронический катаральный гингивит средней тяжести в I-III секстантах в 5-ти случаях, гипертрофический гингивит отечно-фиброзная форма у 3-х.

Очаговый пародонтит с глубиной карманов 4-5 мм в 6-ти случаях. Жалобы на кровоточивость десен, в т.ч. индуцированную - минимальные, спонтанная кровоточивость обнаружена в одном случае у больного в стадии клинических проявлений СПИД, при количестве тромбоцитов 80 тыс. в 1 куб. мл.

Обнаружена четкая зависимость поражения слизистой оболочки полости рта, пародонта от состояния числа CD4- лимфоцитов, повышения количества CD8-лимфоцитов и концентрации Jg G, M, A и др.

Клинические проявления в полости рта учащаются, становятся более распространенными, глубокими, быстро прогрессирующими. В 50% случае обнаружено увеличение регионарных лимфоузлов ЧЛЮ без видимых причин в полости рта.

90% обследованных нуждалось в лечении кариеса зубов и его осложнений, 92% в снятии зубных отложений, лечения гингивита, 9% пародонтита, 45% нуждались в протезировании.



---

Таким образом, поражения полости рта при инфекции ВИЧ многообразны, прогрессируют по мере углубления иммунодефицита. Стоматолог может участвовать в диагностике иммунодефицита с самого начала заражения при наличии знаний и умений идентифицировать многообразие симптомов в т.ч. патологии пародонта.

## **НИЗКОИНТЕНСИВНОЕ ЛАЗЕРНОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ**

**Хитров В.Ю.**

*Казанская государственная медицинская академия*

Не отрицая важной роли антибиотиков, идет поиск средств немедикаментозной терапии воспалительных заболеваний пародонта (Иванов В.С., 2000). В последние годы в стоматологической практике из-за многофакторного механизма действия широкое местное применение получило низкоинтенсивное лазерное излучение (Прохончуков А.А., Жижина Н.А., 1986; Ковалев М.И., 2000; и др.).

Клиническое наблюдение проводилось за 71 ребенком в возрасте от 10 до 16 лет, страдающим сахарным диабетом и имеющим хронический генерализованный гингивит разной степени тяжести. Клиническая оценка состояния тканей пародонта и иммунологический статус оценивали в динамике по индексам РМА и РІ, содержанию Т- и В-лимфоцитов в сыворотке крови, уровню иммуноглобулинов -А и -М, а также содержанию лизоцима в сыворотке крови и слюне.

Все обследуемые получали общепринятый комплекс лечения: снятие зубных отложений, шлифовка и полировка поверхностей корней зубов, кюретаж десневых карманов и наложение десневых повязок, устранение травматической окклюзии. Дополнительно в комплекс лечения была включена лазеротерапия, которая проводилась с использованием полупроводникового лазерного аппарата "АЛТП-2-1" и комплекта насадок "Скала" к нему (выпускается производственным объединением "Элекон") по специально разработанной методике в количестве 8-12 процедур. Первые 2-3 процедуры проводили минимальной мощностью 3 минуты, 2-3 процедуры минимальной мощностью 5 минут и 3-5 процедур максимальной мощностью 5 минут. Все процедуры проведены в непрерывном режиме. Результаты лечения оценивали через 7-10 дней после проведения этих процедур.

Воздействие низкоинтенсивного лазерного излучения положительно отразилось на клиническом и иммунологическом состоянии больных. Так, если исход-

---

ные показатели иммунологического статуса больных до воздействия энергии лазера имели существенные отклонения от нормы, то уже после 3-5 сеансов лазерной терапии изучаемые показатели значительно и достоверно возросли. Содержание Т-лимфоцитов (абсолютное число) возросло с  $49,7 \pm 0,4$  до  $60,3 \pm 1,8$ ; увеличилось количество иммуноглобулина А с  $68,4 \pm 4,4$  г/л до  $103,9 \pm 4,4$  г/л и иммуноглобулина М с  $59,7 \pm 4,6$  г/л до  $76,3 \pm 2,2$  г/л. Увеличилось содержание лизоцима в слюне с  $20,9 \pm 0,8\%$  до  $32,7 \pm 1,3\%$  и крови с  $15,5 \pm 0,9\%$  до  $27,0 \pm 0,9\%$ .

Таким образом, применение немедикаментозного метода лечения (низкоинтенсивной лазерной терапии) существенно повышает эффективность лечения хронического катарального гингивита, что особенно важно для детей, страдающих общесоматическими заболеваниями и, вследствие этого, имеющих значительную лекарственную нагрузку.

## НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У РАБОЧИХ ХЛОРОРГАНИЧЕСКОГО СИНТЕЗА

**Чемикосова Т.С., Камалова О.А.**

*Республика Башкортостан, г. Уфа, Башкирский государственный медицинский университет, кафедра терапевтической стоматологии*

В республике Башкортостан функционирует одно из крупнейших в России производств хлорфеноксигербицидов (ХФГ) - ОАО "Химпром". ХФГ и промежуточные продукты их синтеза являются высокотоксичными веществами, обладающими иммуно-, гепато-, нейротропными, гонадо-, цито-, эмбриотоксическими, терато- и мутагенными свойствами. Цель нашего исследования - выявление взаимосвязи между состоянием тканей пародонта и степенью интоксикации организма работающих на данном производстве ХФГ.

Нами обследован 101 рабочий II-го производства ОАО "Химпром", в качестве контроля обследовано 25 соматически здоровых лиц, не имеющих профвредности. По стажу работы были выделены три группы: до 10 лет, 10 - 20 лет, более 20 лет, также учитывались возраст и цеховая принадлежность рабочих, ввиду того, что рабочие разных цехов имеют различную степень контакта с вредными веществами. Состояние пародонта оценивалось пародонтальными индексами: РМА, GI, PDI, CPITN и индексом гигиены ОНI-S.

Индекс ОНI-S ухудшается с возрастанием стажа почти в 5 раз, также выявлена тенденция к увеличению значений индексов РМА и GI с возрастанием стажа работы в 1,5 раза ( $p < 0,01$ ) и в цехах с большим контактом с токсикантами в 1,2 раза. В значении индексов CPITN и PDI с возрастанием стажа, в цехах с

	п, чел.	Возраст	Стаж	ОHI-S	PMA	GI	PDI			
							Г	ЗК	ПЗДК	ЗН
1 гр.	46	32,5±7,2	3,8±1,8	1,9±1,3	32,5±7,7	0,5±0,5	1,2±0,6	0,5±0,6	1,9±1,1	1,4±0,6
2 гр.	28	42±7,2	14,3±2,2	2,6±1,1	45,9±18	0,8±0,3	1,5±0,7	0,9±0,7	2,8±1,3	1,7±0,7
3 гр.	27	42±7,2	27,3±3,5	2,7±0,9	48,8±22	2,7±0,9	1,58±0,6	1,0±0,9	2,8±1,1	1,7±0,6
Контр.	25	40,4±1,2	-	2,01±0,2	38,43±2,4	0,6±0,1	1,19±0,1	0,39±0,1	1,93±0,2	1,6±0,1
2 цех	53	38,9±0,7	11,3±0,6	2,44±0,1	44,55±1,8	0,9±0,1	1,5±0,05	0,9±0,06	2,66±0,1	1,6±0,1
8 цех	21	37,5±1,4	9,86±1,4	2,0±0,24	35,08±3,2	0,6±0,1	1,26±0,1	0,5±0,14	1,9±0,24	1,4±0,1
Лабор.	27	41,4±1,1	18,7±1,2	2,2±0,14	40,92±2,6	0,9±0,1	1,3±0,09	0,7±0,14	2,24±0,2	1,6±0,1

наибольшей степенью контакта отмечено возрастание интенсивности и нарастание признаков поражения пародонта (таб. 1).

Таким образом, мы установили прямую зависимость тяжести поражения тканей пародонта от стажа и от степени контакта с токсическими веществами.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРЕПАРАТОВ ПИХТЫ ПРОЛОНГИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ НА МИКРОФЛОРУ ПАРОДОНТАЛЬНЫХ КАРМАНОВ**

**Чернобаева М.Г., Гаража Н.Н**

*г. Ставрополь, СтГМА, кафедра преподавательской стоматологических заболеваний*

Воспалительные процессы в пародонте представляют собой комплекс микроциркуляторных, гематологических и соединительнотканых реакций на повреждения клеток и микрососудов токсическими веществами зубного налета, микрофлора которого часто становится резистентной к традиционно применяемым препаратам. Это определяет поиск новых антибактериальных средств для лечения гингивита и пародонтита среди нетоксичных природных лекарственных препаратов, обладающих высокой степенью антимикробной активности и пролонгированным действием за счет иммобилизации на сорбентах медицинского назначения.

Целью настоящего исследования явилось изучение антибактериальной активности препаратов пролонгированного действия - водного экстракта пихты сибирской (ВЭПСИП) и 30% раствора масла пихты (МПИП), иммобилизованных на полисорбе, в отношении микрофлоры пародонтальных карманов и сравнение ее с аналогичными показателями 0,05% раствора хлоргексидина, широко применяемого антисептика в пародонтологической практике.

Материалом исследования служило содержимое пародонтальных карманов (стафилококки, стрептококки, актиномицеты), взятое у 30 больных в возрасте

---

от 18 до 40 лет с хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени, в стадии обострения. Забор содержимого пародонтальных карманов проводился с помощью стерильных бумажных пин. Последующее культивирование осуществлялось на питательных средах с использованием аэробного и анаэробного выделения. Идентификация микроорганизмов проводилась по морфологическим, культуральным и биохимическим признакам. Чувствительность флоры к исследуемым препаратам определялась методом дисков.

В процессе анализа результатов воздействия препаратов пихты пролонгированного действия и 0,05% раствора хлоргексидина на содержимое пародонтальных каналов была выявлена более высокая чувствительность микрофлоры пародонтальных карманов к препаратам пихты: чувствительными к препарату ВЭПСИП оказались 94,2% грамположительных и 96,15% грамотрицательных микроорганизмов, к препарату МПИП соответственно 92,4% и 95,8%. В тоже время чувствительность микроорганизмов пародонтальных карманов при обработке 0,05% раствором хлоргексидина составила соответственно 90,2% для грамположительных и 91,3% для грамотрицательных представителей флоры.

Полученные данные позволяют констатировать высокую антибактериальную активность препаратов пихты, иммобилизованных на полисорбе, и считать целесообразным их использование в пародонтологической практике в качестве antimicrobial средства при медикаментозной терапии воспалительных заболеваний пародонта.

## **ОПТИМИЗАЦИЯ ПОВЕРХНОСТИ ТИТАНОВОГО ИМПЛАНТАТА МЕТОДОМ ИОННО-ПЛАЗМЕННОЙ ОБРАБОТКИ**

**Шакеров И.И.**

*МЛПУ "Стоматологическая поликлиника" Нижегородского района  
г.Н.Новгорода*

**Варцов В.В., Калинин Ю.И.**

*Нижегородский институт технологии и организации производств (НИИТОП)*

Нами совместно с НИИТОП разработан имплантат с модифицированной поверхностью за счет применения метода ионно-плазменной обработки. Конструкция имплантата представляет собой цилиндрический стержень с наружной винтовой нарезкой. Конусовидная шейка имеет сферическую вогнутую форму, что способствует равномерному распределению жевательного давления в костной ткани. Шейка имеет хорошо отполированную поверхность (электропо-

---

лировка), что обеспечивает профилактику контаминации микроорганизма в зоне интерфейса металл-мягкие ткани. На торцевой части шейки имеются два выступа под ключ, предназначенные для введения имплантата в кость. В центре конструкции выполнена полость на 2/3 глубины, ось которой совпадает с осью имплантата. Полость имеет резьбовую и конусную части для выступающей части имплантата. В нижней части внутрикостного элемента, имеющего развитую поверхность, расположены два отверстия, повышающие качество связи имплантата и кости. Отличительной особенностью поверхности имплантата является наличие оптимизирующего слоя  $\beta$ -модификации титана, полученного методом ионно-плазменной обработки.

Принцип обработки.

Ионная обработка представляет собой процесс освобождения положительно заряженных ионов титана с инжектируемого электрода (анода). В течение 10 минут ионы титана с энергией полета 1кэВ разрушают ковалентные связи в кристаллической решетке структуры имплантата и одновременно упрочняют или группируют металл, создавая вакансии для атомарного титана, который используется в следующей плазменной фазе. Атомарный титан в течение 20 минут с энергией 120-150экВ бомбардирует поверхность имплантата. Следствием этого является образование ионного наклепа или другими словами чистого титана. Кристаллическая решетка восстанавливается по месту разрыва ковалентных связей и имеет объемно-центрированную форму, позволяющую придать пластичность, которая снижает травматичность при введении имплантата в кость.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ИММОБИЛИЗОВАННЫХ НА "СИЛЛАРД П" В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ**

**Грохольский А.П., Прудникова А.П., Центило Т.Д.,  
Заноздра Л.Н., Лузина О.В., Коваленко Е.Л., Толочина О.Ф.**

*Кафедра терапевтической стоматологии Киевской медицинской академии последипломного образования им. П.Л.Шупика, Украина (зав.каф.проф.Белоклиц-ка Г.Ф.)*

Целью выполненной работы было изучение лечебной эффективности медикаментозных препаратов (эхинацея пурпурная, метрогил, хлорфиллипт), иммобилизованных на сорбенте "Силлард П". Комплексное действие предложенной

---

лекарственной формы определялось выраженным сорбционным действием "Силлард П" по отношению к токсинам, вирусам и микроорганизмам в очаге воспаления, а также длительной десорбцией лекарственных препаратов, закрепленных на поверхности сорбента. Это позволяло не только эффективно очищать раневую поверхность, но и значительно удлинять время воздействия на патогенную микрофлору.

Клиническую апробацию препаратов проводили у больных генерализованным пародонтитом I и II степени обострившегося течения, которое сопровождалось выраженной экссудацией из патологических зубодесневых карманов.

Эффективность лечения контролировали клиническими и лабораторными исследованиями: определяли эмиграцию лейкоцитов в ротовую полость по Ясиновскому, моноцитогамму, наличие гемоглобина в слюне и стойкость капилляров по Кулаженко. Исследование осуществляли до и после лечения.

Снятие зубных отложений проводили с помощью специального инструментария и ультразвукового аппарата, с последующей ирригацией полости рта настоями трав, обладающими антисептическим и кровоостанавливающим действием. Затем в виде аппликаций накладывали пасты с иммобилизованными лекарственными препаратами на 10-15 минут. После чего полость рта промывали теплыми настоями трав. Курс лечения длился 10-12 сеансов. Положительная клиническая динамика статистически достоверно подтверждалась улучшением лабораторных показателей.

После проведенного лечения больные не предъявляли субъективных жалоб, прекратились выделения из патологических зубодесневых карманов.

В результате проведенной работы авторы могут рекомендовать к широкому применению в стоматологии иммобилизованные на "Силлард П" лекарственные препараты в качестве эффективного и доступного противовоспалительного средства для лечения больных генерализованным пародонтитом.

## **МОДИФИЦИРОВАННЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ В ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА**

**Прудникова А.П.**

*Кафедра терапевтической стоматологии Киевской медицинской академии последипломного образования им. П.Л.Шурика, Украина (зав. каф. проф. Белолицкая Г.Ф.)*

Пародонтит занимает особое место среди стоматологических заболеваний. Высокая распространенность его, особенно у пожилых людей, своеобразие те-

---

чения, проявляющееся периодическими тяжелыми обострениями, определяют необходимость поиска новых методов и средств его лечения.

Нами для лечения пародонтита использован иммобилизованный на поверхности кремнезема "Силлард П" этоний в чистом виде и в сочетании с мочевиной, по методике разработанной в институте химии поверхности АН Украины. Проведена сравнительная оценка эффективности лечения пародонтита различной тяжести новыми лекарственными формами (препаратами, модифицированными на "Силлард П" и нативными препаратами. Клиническая апробация препаратов проведена у 281 больного пародонтитом I и II степени тяжести с использованием объективных тестов и основных лабораторных показателей.

Эффективность лечения оценивали по результатам клинико-лабораторного обследования в динамике.

Результаты обследования дают основание заключить, что применяемые нами для лечения генерализованного пародонтита модифицированные препараты (этоний, этоний + мочевины) эффективны у всех больных I и II степени тяжести заболевания, как по клиническим признакам, так и лабораторным, функциональным, биохимическим тестам. Эти препараты дают стойкий клинический эффект, позволяют вдвое сократить сроки лечения. Сравнительная оценка двух лекарственных препаратов: этония, его сочетания с мочевиной и их иммобилизованных форм показала более выраженную результативность последних. Это обусловлено пролонгированием основных лечебных свойств препарата, а также сорбционным действием указанных композиций.

## **МЕСТНАЯ ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ НАЧАЛА СТЕПЕНИ ХРОНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ**

**Центило Т.Д.**

*Кафедра терапевтической стоматологии Киевской медицинской академии последипломного образования им. П.Л.Шупика, Украина (зав.каф.проф.Белоклицкая Г.Ф.)*

Целью настоящей работы явилось исследование состояния клеточного и гуморального звеньев иммунитета, неспецифических факторов защиты у больных генерализованным пародонтитом начальной степени хронического течения и влияние на эффективность местного лечения у них индивидуально подобранных иммунокорректоров.

---

У 48 больных до и после лечения в периферической крови и биоптате слизистой проводили подсчет количества и функциональную активность основных иммунокомпетентных клеток.

До лечения также определяли и индивидуальную чувствительность к следующим иммунокорректорам: кошачий коготь, эхинацея пурпурная фирмы "Ратиофарм", эрбисол, траумель S, лаферон, вобензим, бронхоиммунал, вилозен, тималин, тимоген, неовир, циклаферон, энгистон, гропринозин.

Проведенный курс лечения, включающий стандартное лечение и введение (апликационно, сублингвально) индивидуального иммунокорректора позволил значительно ускорить репаративные процессы в тканях пародонта и тем самым сократить сроки лечения. Высокая эффективность лечения достоверно была подтверждена данными иммунного статуса после лечения. У 80% больных был выраженный иммуномоделирующий эффект, проявившийся в значительном увеличении количества лейкоцитов и абсолютного количества лимфоцитов, популяций CD3+, CD4+, CD8+ лимфоцитов, активной субпопуляции Т-клеток, а также CD22+ и CD16+ клеток.

Возросла и их функциональная активность, что сопровождалась ростом пролиферативной активности Т-лимфоцитов и увеличением концентрации сывороточных IgG, IgA, IgM., а также функциональной активности нейтрофилов. Нормализация показателей иммунного статуса способствовала устранению явлений вторичной иммунной недостаточности и, как следствие, значительному улучшению клинического состояния больных.

## **ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ СКЕЛЕТА**

**Лузина О.В.**

*Кафедра терапевтической стоматологии Киевской медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, Украина (зав. каф. проф. Белолицкая Г.Ф.)*

Цель работы - показать необходимость мониторинга структурно-функционального состояния костной ткани альвеолярных отростков и скелета для своевременного и адекватного лечения генерализованного пародонтита (ГП), обеспечения полноценного диспансерного наблюдения.



---

Обследовано 36 пациентов с ГП II-III степени тяжести, обострившегося течения с гноевыделением из пародонтальных карманов, которые были распределены на три группы в зависимости от состояния костной ткани скелета, определяемого методом ультразвуковой денситометрии. В I группу вошли лица, имеющие показатели минеральной плотности костной ткани в пределах нормы. II и III группы составили лица, у которых обнаруживался остеопенический синдром. Всем пациентам проводился комплекс местного лечения, включающий депульпирование и шинирование подвижных зубов, назначались витаминно- и антибиотикотерапия. В комплексное лечение пациентов II группы включался кальцеин, в III группе препараты остеотропной терапии не назначались. Для диагностики состояния костной ткани межальвеолярных перегородок проводилась рентгенморфометрия.

У всех пациентов после курса антибиотиков гноевыделение исчезло. В конце лечения воспаление слизистой оболочки было устранено, что подтверждается достоверным снижением комбинированного пародонтального индекса,  $p < 0,01$ . При диспансерном наблюдении на протяжении полутора лет выявлено, что у пациентов I и II групп воспалительная реакция не возобновилась. У них же через 8 месяцев установлено улучшение структуры костной ткани альвеолярного гребня (АГ), отмечено полное исчезновение рентгенологических признаков активности ГП, уменьшение ширины периодонтальных щелей у верхушек АГ и вдоль корней. У пациентов III группы в таких же клинических ситуациях наблюдались резорбция костной ткани, периодически возникающее воспаление в мягких тканях пародонта, объясняемые недостаточностью проводимого лечения ГП на фоне системного заболевания кости. Таким образом, полученные результаты подтверждают необходимость исследования структурно-функционального состояния костной ткани скелета, лежащую в основе дифференцированного подхода к лечению ГП. Ведение пациентов с ГП без изменений в костной системе не требует назначения препаратов остеотропной терапии, в то же время она должна назначаться в обязательном порядке при выявлении патологии костной ткани скелета, усугубляющей течение пародонтита.

---

# ПОКАЗАТЕЛИ ИММУННОГО СТАТУСА В ДИНАМИКЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ СВЕТОЛЕЧЕНИЯ

**Чаленко Ю.В.**

*Кафедра терапевтической стоматологии Киевской медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, Украина (зав. каф. проф. Бело-клицкая Г.Ф.)*

Необходимость поиска новых методов терапии заболеваний пародонта, остаётся актуальной задачей современной стоматологии, в связи с ухудшением экологической обстановки, снижением защитных сил организма, сенсбилизацией организма ко многим медикаментозным препаратам, особенно к антибиотикам. Поэтому интерес к использованию немедикаментозной терапии постоянно возрастает.

Перспективным направлением в лечении генерализованного пародонтита является использование поляризованного света аппарата "Биоптрон-2" (евростандарт 93/42/ЭЭС СЕ 0124), терапевтическая эффективность, которого обусловлена такими свойствами: уменьшение воспалительной реакции, усиление регенерации раневых процессов, уменьшение проявления аллергии, активация эпителизации эрозий. Кроме того поляризованный свет уменьшает болезненные проявления и стимулирует иммунную систему.

Проведено стоматологическое обследование и лечение 70 больных генерализованным пародонтитом I, степени в стадии обострения. Больные были распределены на 2 группы. Контрольная группа - 25 пациентов применяли традиционное комплексное лечение. В основной группе (45 человек) в составе традиционного комплексного лечения применяли облучение поляризованным светом по 6 минут. Всего было проведено 10 сеансов.

Диагностику и контроль за эффективностью лечения проводили на основании клинических и лабораторных (иммунологических) методов. Определение иммунного статуса обследованных пациентов включало оценку клеточного и гуморального звеньев иммунитета, а также неспецифических факторов защиты.

Установлено, что на протяжении лечения у всех больных основной группы снизилась интенсивность воспалительного процесса в тканях пародонта. Проведенный курс лечения позволил уменьшить болевой симптом, уменьшить глубину пародонтальных карманов и кровоточивость, ускорить процессы эпителизации и тем самым сократить сроки лечения.

Проведенная клиничко-иммунологическая оценка эффективности использования поляризованного света, свидетельствует об эффективности его использования в комплексной терапии генерализованного пародонтита.

---

# ДОКЛАДЫ

## КОРРЕКЦИЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА ПРИ ПОЛНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

**Байриков И.М., Уланова О.П.**

*Самарский государственный медицинский университет*

Несмотря на известные успехи в ортопедическом лечении пациентов с полным отсутствием зубов проблема длительного пользования протезами остается актуальной, это, прежде всего, связано с ростом числа людей пожилого и старческого возраста (Щербаков А.С., 2000).

По данным статистического бюро г. Самары число лиц пожилого и старческого возраста на 1 января 2002 года составило 24%.

Полная потеря зубов на одной из челюстей в возрасте 55-64 лет составляет 35,6%, а в возрасте старше 65 лет - 46,5%.

Пациенты с полным отсутствием зубов могут эффективно пользоваться полными съёмными протезами (ПСП) в среднем лишь в течение трех лет, в то время как часть пациентов пожилого и старческого возраста ощущают дискомфорт при пользовании полными съёмными протезами уже по истечении полутора лет. В большинстве случаев причиной преждевременной замены протеза является быстрая потеря нормальной фиксации, а также его поломка. Это следствие совокупности патологических и физиологических изменений со стороны тканей протезного ложа.

На пути к поставленной цели, а именно успешному протезированию, врачу ортопеду необходимо решить две главные задачи. Первая - восстановить функции зубочелюстной системы, обеспечив хорошую фиксацию и стабилизацию протезов в полости рта. Вторая - создать условия для успешного последующего протезирования. Если первая задача вполне выполнима и относительно предсказуема, то вторая может быть решена только на основании глубоких знаний процессов, происходящих в тканях протезного ложа.

Несомненно, коррекция нарушений деятельности системы транспорта кислорода у больных с адентией, устранение гипоксии тканей локально, т.е. в области ложа, и в целостном организме, приведет к замедлению процессов атрофии и увеличению срока полноценного функционирования протезов.

---

Важнейшим звеном кислородтранспортной системы организма являются эритроциты периферической крови. Их изучение позволяет оценить общее состояние обеспечения кислородом тканей и органов человека. До настоящего времени в этой области медицинской науки преобладает количественный подход, качественный состав популяции эритроцитов исследуется крайне мало, во многих случаях для этого применяются неадекватные методы (Тищенко И.М. 1989). Поэтому очевидны перспективы использования для изучения кислородтранспортной системы методики, при помощи которой можно выявить качественный состав эритроцитов, определить содержание в кровотоке эритроцитов с теми или иными функциональными возможностями. Такой прием позволит установить и функциональную активность популяции клеток красной крови в целом, что наряду с подсчетом их общего количества даст целостную картину функционирования описываемой системы.

Представляет определенный интерес исследование кислотно-щелочного баланса организма у людей, которые протезируются полными съёмными протезами, как в период подготовки к протезированию, так и во время пользования протезом. Эта проблема актуальна в связи с тем, что в условиях жизни современного человека существует масса причин, вызывающих тканевую гипоксию, а следовательно, метаболический ацидоз (Фролов Б.А., 1998). Речь идёт прежде всего о тех хронических заболеваниях, одним из основных звеньев патогенеза которых является нарушение метаболизма на уровне различных клеток, тканей, органов и систем (ИБС, артериальная гипертензия, заболевания печени, дыхательной системы, болезни крови, эндокринная патология, в том числе сахарный диабет, и т.д.). Ацидоз приводит к компенсаторной гипервентиляции, что служит причиной "вымывания" углекислого газа из организма, а гипокания, в свою очередь, вызывает спазм артериол, другие неблагоприятные последствия, в том числе и усугубление метаболического ацидоза. Данный механизм является одним из основных "порочных кругов" современной патологии - атрофии тканей организма.

В тканях протезного ложа пожилого пациента происходят те же процессы, что свойственны другим органам и системам. Однако они усугубляются воздействием протеза, при этом происходит нарушение микроциркуляции и трофики, приводящие к преобразованию или атрофии подлежащих тканей

В последнее время предложен ряд лечебно-профилактических методов с применением рационального протезирования и физиотерапевтического воздействия на ткани протезного ложа. При этом воздействие оказывалось исключительно местно (Иванников В.И., 1992; Шпаковская И.А., 2001). Между тем, Ship и Newton (1993), старость рассматривают как двухмерный процесс. С одной стороны - это процесс физического старения, а с другой стороны - эффект "изнашивания". В доступной литературе, нет научно обоснованного комплексно-

---

го подхода к профилактике атрофических процессов как в организме в целом, так и в тканях протезного ложа у лиц пожилого и старческого возраста.

Наша работа выполнена на основе анализа клинического и архивного материала Городской стоматологической поликлиники №1. Изучены и систематизированы сведения 1038 первичных медицинских карт и заказ-нарядов пожилых пациентов и отдалённые результаты их протезирования полными съёмными пластиночными протезами. При этом нами использована компьютерная база данных поликлиники. В ходе исследования учитывались причины и частота обращения пациентов, пользующихся полными съёмными протезами, за ортопедической помощью в сроки до 5и лет после протезирования. Нами проведено ортопедическое лечение 341 пациента с полным отсутствием зубов, при этом изготовлено 648 полных съёмных пластиночных протезов, из них протезов на верхнюю челюсть - 331, на нижнюю челюсть - 317.

Проведено комплексное клиническое и физиологическое обследование 123 пациентов (мужчин - 52 и женщин - 71) с полным отсутствием зубов в возрасте от 60 до 86 лет.

Нами использовались клинические методы: сбор анамнеза, осмотр, пальпация, изучение топографо-анатомических особенностей строения слизистой оболочки протезного ложа, определение степени атрофии альвеолярных отростков по клиническим критериям. При этом изучено 289 диагностических моделей беззубых челюстей.

При анализе причин сокращения средних сроков полноценного функционирования протезов в возрастной группе пациентов пожилого и старческого возраста, были выявлены две основные - преждевременное нарушение стабилизации и переломы базисов протезов.

При этом нарушение стабилизации протезов сроком до двух лет отмечено в 53,9% случаев. Мы считаем это следствием атрофии тканей протезного ложа, при совокупности патологических и физиологических процессов в них, которая приводит к нарушению соответствия базиса протеза тканям протезного ложа.

С учетом этих данных нами предложен комплекс мероприятий, снижающий интенсивность атрофических процессов в тканях протезного ложа включающий общее воздействие на целостный организм и местное - на ткани протезного ложа.

Воздействие на макроорганизм мы осуществляли путем повышения концентрации углекислого газа в альвеолярном воздухе, с помощью дыхательного тренажера ТДИ-02. Тренажер формирует воздушную смесь из окружающего воздуха и воздуха, выдыхаемого человеком. Аппарат состоит из двух камер, входящих одна в другую и заливаемых водой. Они непосредственно соединены с дыхательной трубкой. Внешняя камера необходима для увеличения концентрации углекислого газа и снижения концентрации кислорода во вдыхаемой воздушной смеси.

---

---

Процедура заключается в следующем. Пациент берет в рот трубку, закрывает нос и в течение 20 минут спокойно, без напряжения дышит этой смесью 1 раза в день. Курс начинали в период подготовки к протезированию и проводили его в три этапа, постепенно увеличивая нагрузку, длительностью каждого 3-7 дней и длительностью последнего 1 месяц. Такой режим легко переносили пожилые пациенты, при этом мы достигали необходимого результата. Дыхательный центр адаптировался на повышение содержания углекислого газа в крови, восстанавливая его до нормы, и затем поддерживал его автоматически, что контролировалось исследованиями минутного объема дыхания, который достоверно снизился и составил 5,1 л.

Местно мы воздействовали на ткани протезного ложа путем вибромассажа и вибропневмостимуляции. С этой целью использовали автоматизированный комплекс, предназначенный для проведения биомеханотерапии, который реализует явление биомеханического резонанса. Комплекс состоит из источника воздуха, электронного пневмораспределительного блока, представленного клапанной системой и микрокомпьютером и пневмонасадок, которые представляют собой вибротоды с различной формой рабочей поверхности. Нами разработаны воронкообразный вибротод и мембранный вибротод. Мы применяли также стеклянные вибротоды из набора Кулаженко. Широкий диапазон регулировки параметров колебаний рабочей поверхности насадок обеспечивает подбор параметров биомеханического воздействия. Оптимальные параметры воздействия были установлены нами с помощью метода полярографии, путем определения напряжения кислорода в тканях протезного ложа.

Вибромассаж мы производили с момента начала протезирования. Осуществляли его при давлении воздуха в вибротоде от - 0,4 до + 0,4 атмосфер. Диапазон частот вибрации составил  $8 \pm 2$  Гц. При этом вакуум должен действовать во время диастолы, а во время систолы автоматически переключаться на пневмовибрацию. Это увеличивает эффективность процедуры, парциальное давление кислорода в тканях возрастает на 2,8 мм.рт.ст. Пациента предварительно обучали навыкам проведения вибромассажа, который он осуществлял самостоятельно под наблюдением медицинской сестры физиотерапевтического кабинета. Вибротод помещали на слизистую оболочку протезного ложа и перемещали, начиная с дистальных отделов клереди на каждой челюсти. Назначали  $8 \pm 1$  процедур.

После изготовления протезов мы приступали к следующему этапу - вибропневмостимуляции тканей протезного ложа, которую проводили специально созданным нами мембранным вибротодом. Он изготавливается из трех размеров из пищевой полиэтиленовой пленки. Вибротод помещали в полость рта между искусственными зубами, при этом пациент без напряжения сжимал зубы, удерживая вибротод от смещения. Процедуру проводили при давлении воздуха в

---

вибротоме 0,6 атм и частоте вибрации 9 Гц. Назначали 8 процедур. В начале курса продолжительность сеанса 5 минут, в последующем время воздействия увеличивали до 10 минут.

Сравнительная оценка предложенного нами комплекса была проведена физиологическими методами, включающими определение популяционного состава и механической резистентности эритроцитов, кислотно-основного состояния, фагоцитарной активности нейтрофилов и артерио-венозной разницы по кислороду в группах сравнения.

Если при первичном обследовании не было выявлено различий в группах, то через два года произошли изменения, как в количественном, так и в качественном составе эритроцитов в группе пациентов которым проводили наш комплекс воздействия. Произошло омоложение популяции эритроцитов, что свидетельствует выраженном терапевтическом эффекте. Несомненно высокая функциональная активность таких клеток. Именно молодые клетки оказываются в депо у пациентов, прошедших курс комплексного воздействия. Отмечена также тенденция к повышению активности фагоцитоза.

Комплексное воздействие предотвращало развитие метаболического ацидоза, который зафиксирован у тех, кто не получал такого лечения, нет заметного нарастания дефицита буферных оснований. Артериовенозная разница по кислороду увеличилась и составила  $7,3 \pm 0,5\%$  против  $4,7 \pm 0,4\%$  при первичном обследовании.

Некоторое возрастание содержания углекислого газа в крови устраняет спазм артериол, в том числе в тканях протезного ложа, облегчает отдачу кислорода на периферии.

Наряду с физиологическими методами для оценки степени и интенсивности атрофических процессов нами применялась компьютерная томография челюстей, с последующей компьютерной обработкой результатов. Измерения проводили на томографе Tomoskan CX/S "Philips" с толщиной среза 5 мм, шагом 3 мм, с последующей реконструкцией изображения в оптимальных плоскостях. Время сканирования 9 секунд. Полученное изображение протезного ложа анализировалось с помощью компьютерных программ. Измерения высоты и ширины костной части альвеолярных отростков проводили в двадцати местах реконструированного изображения на каждой челюсти в группах сравнения до протезирования, через 1 год и 2 года после него. По данным измерений вычисляли среднее значение атрофии и обрабатывали статистически. Данные исследований представлены в таблице №1.

Анализ атрофических процессов под базами протезов показывает, что в группе пациентов включенных в программу комплексного воздействия произошло снижение темпов атрофии альвеолярных отростков в 1,7 раза по сравнению с контрольной группой.

---

Учитывая полученные нами данные о том, что снижение средних сроков полноценного функционирования протезов происходит не только вследствие нарушения стабилизации, но и в результате поломок базисов протезов, которые в первые три года пользования отмечены в 29,7% случаев, мы разработали метод армирования их сеткой из высокотехнологичного материала - металлорезины. Этот метод позволяет без дополнительных затрат на техническое обеспечение его этапов выполнять армирование протезов в зуботехнической лаборатории муниципальной поликлиники. Мы рекомендуем использовать сетку, изготовленную из проволоки марки 12Х18Н9Т диаметром 0,1 мм. Это позволяет получить базис протеза с требуемыми свойствами. Для предварительного формования металлорезины, мы использовали индивидуальные ложки, изготовленные по анатомическим оттискам. Для предупреждения смещения сетки во время прессования на модели укрепляли 3-4 штифта диаметром 1 мм и длиной рабочей части 3 мм.

В процессе армирования базисов МР, пластмасса равномерно распределяется в пористой металлической структуре. При этом получается композит, который имеет необходимую упругость и достаточную эластичность.

Изучение отдалённых результатов армирования 72 протезов с помощью МР показало, что в 71 протезе не было отмечено переломов базиса протезов. В одном случае произошёл перелом базиса протеза на верхнюю челюсть вследствие неосторожного пользования протезом. Данные клинического наблюдения и исследований частоты поломок неармированных протезов, позволяют сделать заключение о снижении вероятности перелома при использовании МР на 35%.

Таким образом, предложенный нами комплексный метод коррекции физиологического состояния тканей протезного ложа снижает интенсивность процессов атрофии под базисами полных съёмных протезов и, в совокупности с армированием их металлорезиной, увеличивает эффективность пользования протезами лиц пожилого и старческого возраста с полным отсутствием зубов.

## **КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА И МЕТОДЫ ИХ ФАРМАКОТЕРАПИИ**

**Белоклицкая Г.Ф.**

*Киевская медицинская академия последипломного образования им. П. Л. Шупи-  
ка, каф. терапевтической стоматологии (зав. - проф. Г.Ф.Белоклицкая)*

Многолетние клинические наблюдения за больными генерализованным пародонтитом (ГП), позволили выявить многообразие его клинических проявле-



---

ний. При усреднении полученных результатов клинических и, соответствующих им биохимических и иммунологических характеристик, эти различия нивелируются и зачастую клинический диагноз скрывает ряд различных клинических вариантов течения ГП. Очевидно с этим связано отсутствие пролонгированных стабильных результатов при использовании достаточно разнообразных методов и средств при лечении ГП. Это убеждает в необходимости поиска новых подходов к больным ГП с целью максимальной индивидуализации назначаемой фармакотерапии.

Созданный информационный банк данных содержит сведения, характеризующие пародонтальный статус 1232 лиц по 14 клиническим параметрам, 24 биохимическим показателям ротовой и десневой жидкости, 15 показателям общего и местного иммунитета. Возраст обследованных доноров крови - 18-29 лет, больных ГП - 18 -59 лет. Диагностика проведена на основании объективных пародонтальных индексов математически обработанных на персональной ЭВМ (программа кластерного анализа написана на языке CLIPPER) в соответствии с классификацией Н.Ф.Данилевского (1994). Объекты исследования: ротовая и десневая жидкости, кровь из пальца, смыв из полости рта, соскоб клеток буккального эпителия. Сбор, хранение и обработка информации осуществлена с помощью медико-биологической информационной системы (МБИС).

Для выявления клинических особенностей в течении ГП в соответствии с результатами использования информационной системы (МБИС), были отобраны клинические тесты, с наиболее высокой степенью распознавания характеризующие пародонтальный статус: индекс РМА, проба на кровоточивость, глубина пародонтального кармана (ПК), показатель УКТ. В результате среди больных с одинаковым диагнозом: "Пародонтит генерализованный, I-II степени тяжести (с глубиной пародонтального кармана от 4,0 до 4,5мм), обострившееся течение" было выделено 4 клинических варианта течения заболевания:

1. Обострившееся течение высокой интенсивности, которое проявлялось выраженными признаками воспаления ( $РМА=2,40 \pm 0,08$ ) и кровоточивости десен ( $2,28 \pm 0,08$ ), а также высоким показателем УКТ ( $3,0 \pm 0,33$ ). Патологический процесс носил генерализованный характер ( $КПИ=4,0 \pm 0,37$ ) высокой интенсивности ( $ДПИ=0,48 \pm 0,03$ ) с поражением до 5-6 секстантов в полости рта.

2. Хроническое течение, при котором на первое место выступали деструктивные процессы в костной ткани ( $УКТ=3,1 \pm 0,19$ ) с незначительно выраженными воспалительными явлениями в мягких тканях пародонта ( $РМА=1,96 \pm 0,07$ , кровоточивость= $1,67 \pm 0,07$ ). При этом патологический процесс носил генерализованный характер ( $КПИ=4,4 \pm 0,24$ ) высокой интенсивности ( $ДПИ=0,40 \pm 0,06$ ) с поражением всех секстантов.

3. Клиническая картина с подвижными симптомами перехода хронического течения в обострившееся, при котором в одном секстанте преобладали симпто-

---

мы хронического процесса, а в другом наблюдались явления обострения с повышенным индексом РМА до  $2,85 \pm 0,12$ , усилением кровоточивости дёсен до  $2,45 \pm 0,08$  и гноевыделением из ПК до  $3,2 \pm 0,09$ , а в среднем - индекс РМА =  $2,55 \pm 0,09$ , проба на кровоточивость -  $2,01 \pm 0,14$  на фоне минимально выраженной деструкции костной ткани (УКТ =  $1,0 \pm 0,39$ ). Процесс имел ограниченный характер (КПИ =  $1,9 \pm 0,42$ ) небольшой интенсивности (ДПИ =  $0,62 \pm 0,06$ ) с преимущественной локализацией в области двух-трех секстантов.

4. Клиническая форма, при которой деструктивные и воспалительные явления проявлялись равнозначно (РМА =  $2,10 \pm 0,06$ , УКТ =  $2,2 \pm 0,20$ ). Патологический процесс носил генерализованный характер (КПИ =  $3,3 \pm 0,26$ ) умеренной интенсивности (ДПИ =  $0,52 \pm 0,03$ ) с поражением до 4-5 секстантов в полости рта. В целом, клиническая картина характерна для обострившегося течения ГП средней интенсивности.

Выявленные высокие корреляционные связи между перечисленными клиническими и рядом биохимических показателей (по данным МБИС: содержание МДА, активность Гл-пероксидазы, перекисный гемолиз эритроцитов, содержание пирувата и лактата) позволило провести типирование клинко-биохимических вариантов течения ГП на основе кластерного анализа. В результате, для каждой из выявленных клинических форм течения ГП были выделены преобладающие варианты биохимических нарушений. У больных с обострившимся течением ГП высокой интенсивности был выявлен повышенный перекисный индекс (произведение МДА x Гл-пероксидаза x Перекисный гемолиз) > 175. При хроническом течении ГП и у больных с подвижными симптомами перехода хронического течения в обострившееся было установлено нарушение баланса в системе пируват-лактат, причём при хроническом течении, в сторону накопления пирувата ( $>0,400$  мкМоль/мл) при уровне лактата, не превышающем  $2,00-2,5$  мкМоль/мл, а при появлении признаков обострения - в сторону накопления лактата (индекс Лак/Пир -  $4,25$ ). При обоих клинических вариантах показатели ПОЛ не отличаются от принятой нормы. При четвёртой клинической форме выявленные биохимические нарушения невозможно было отнести к определённому варианту. Выделенные клинко-биохимические варианты течения ГП были условно обозначены, как - перекисный, лактатный, пируватный и смешанный.

При анализе показателей местного иммунитета у больных с разными клинко-биохимическими вариантами течения ГП наиболее выраженные изменения были выявлены у больных с преобладающим перекисным вариантом течения. Наиболее характерным для них явилась активация нейтрофильного звена иммунитета. Показатели адгезивной способности нейтрофилов (Н) смыва были существенно повышены, как в отношении эритроцитов барана (Е-РОН), так и в отношении Д-клеток пекарских дрожжей (Д-РОН), что свидетельствует об активации нейтро-

---

фильных гранулоцитов и полноценности их рецепторного аппарата. Функциональная активность нейтрофилов, определяемая их фагоцитарной способностью, существенно превышала не только уровень группы с интактным пародонтом, но и показатели группы с лактатным вариантом развития ГП. Количество эпителиальных (Э) клеток было ниже, чем у интактной группы и больных пируватного варианта, а адгезивные их свойства (Д-РОэп) были резко снижены по сравнению с нормой и больными с пируватным и лактатным вариантами течения ГП. Выявленные изменения показателей местного иммунитета полости рта у больных ГП с перекисным вариантом течения заболевания свидетельствуют о наличии у этих больных выраженного воспалительного процесса генерализованного характера, что, в целом, подтверждает результаты клинико-биохимического типирования. У больных с лактатным вариантом течения ГП выявлено повышение количества нейтрофилов с уменьшением числа эпителиальных клеток. При этом адгезивная активность нейтрофилов (Е-РОН, Д-РОН) возрастает, а адгезивные свойства эпителиальных клеток (Д-РОэп) снижаются, но не так резко, как у больных перекисного варианта. Фагоцитарная активность увеличивается, но не так существенно, как у больных перекисного варианта. Такая картина в смывах характерна для хронического течения воспаления с периодическими обострениями, что подтверждает выявленный нами симптомокомплекс у этой категории больных. У больных ГП с пируватным вариантом течения показатели местного иммунитета свидетельствуют об активации адгезивных свойств нейтрофилов и эпителиальных клеток по отношению к эритроцитам барана (Е-РОН) и клеткам пекарских дрожжей (Д-РОН) и резкой активизации фагоцитарных свойств нейтрофилов (Д-Фаг), что подтверждает наличие вяло текущего хронического воспалительного процесса. В группе больных ГП со смешанным вариантом течения изменения иммунологических параметров не носили характера, специфичного для определенной фазы воспалительного процесса. Еще один клинико-биохимический вариант течения пародонтита объединил больных генерализованным пародонтитом с нарушением минерального обмена. У них, наряду с обострившимся течением генерализованного пародонтита, был выявлен синдром гиперестезии твердых тканей зубов. По нашим данным он сопровождает генерализованный пародонтит в 36%. В основе этого варианта течения ГП наряду со снижением содержания Са, Р и Mg как в биоптате зуба и в ДЖ отмечаются нарушения со стороны метаболической системы регуляции кислотно-щелочного равновесия.

Таким образом, проведенные исследования позволили установить основные клинические формы течения ГП, выявить ведущие метаболические профили изменений в тканях пародонта и сопряженных нарушений местного иммунитета при каждой из них. Это явилось основанием для выделения четырех ведущих патогенетических вариантов развития генерализованного пародонтита. При этом очевидна патогенетическая роль не только активации процессов сво-

---

---

бодно-радикального окисления, но и нарушений в системе пируват-лактат. Нарушение гомеостаза в полости рта в следствии действия ряда известных общих (гиподинамия, рафинированное питание, психо-эмоциональное напряжение, наследственная энзимопатия АО-ферментов) и местных факторов (зубной налет, зубная бляшка, травматическая окклюзия) приводит к недостаточности ФАС, которая вызывает последовательно вспышки СРО, снижение функции и распад части митохондрий, нарушения равновесия гликолиз - ЦТК и баланса цикла нуклеотидов, инициирующих развитие дистрофически-воспалительных реакций в тканях пародонта с последующей индукцией процесса резорбции альвеолярной кости. Превалирование тех или иных регуляторных нарушений проявляется соответствующими клинико-биохимическими вариантами течения генерализованного пародонтита, что патогенетически обосновывает дифференцированный подход к применению биорегуляторов различных классов.

## НОМЕНКЛАТУРА И КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

**Грудянов А.И., Безрукова И.В., Фролова О.А.**

*г. Москва, ЦНИИС*

Любая классификация отражает объем теоретических и клинических данных по изучению конкретного заболевания на определенный момент. Только значимые научные факты являются основанием для пересмотра классификационных схем и внесения в них новых форм патологии. При этом на уровне страны следует использовать только единую узаконенную систематику. В апреле 2001 г. на заседании президиума секции пародонтологии Российской Академии стоматологии снова был проведен критический анализ принятой в 1983 г. в нашей стране классификации, которая максимально соответствовала классификации ВОЗ 1976 г. Это было связано с принятием Американской Академией Пародонтологии новой классификации, которая, с одной стороны, в значительной мере отличается от ранее адаптированной во всем мире, а с другой стороны, грешит едва ли еще не большими недостатками. Именно в силу этого единодушно было принято решение, что целесообразно на уровне нашей страны оставить существующую классификацию с минимальными изменениями или дополнениями, которые не могли бы внести неясностей или сложности в работу наших специалистов. Классификация заболеваний пародонта (2001 г.)

I Гингивит - воспаление десны, обусловленное неблагоприятным воздействием местных и общих факторов, которое протекает без нарушения целостности

---

зубодесневого прикрепления и проявлений деструктивных процессов в других отделах пародонта.

Формы гингивита: катаральный, язвенный, гипертрофический.

Течение: острое, хроническое.

Фазы процесса: обострение, ремиссия.

Тяжесть: - решено не выделять. Только в отношении гипертрофического гингивита дополнительно указывают степень разрастания мягких тканей: до 1/3, до 1/2 и более 1/2 высоты коронки зуба. Дополнительно еще указывается и форма гипертрофии: отечная или фиброзная.

Причиной того, что для катарального и язвенного гингивита тяжесть процесса не дифференцируется, является отсутствие на сегодняшний момент четких и устойчивых объективных критериев для этого.

Распространенность процесса: локализованный (очаговый), генерализованный.

II Пародонтит - воспаление тканей пародонта, характеризующееся деструкцией связочного аппарата периодонта и альвеолярной кости.

Течение: хроническое, агрессивное

Фазы процесса: обострение (абсцедирование), ремиссия

Тяжесть определяется по клинико-рентгенологической картине, основным ее критерием является степень деструкции кости альвеолярных отростков (врачи определяют ее по глубине пародонтальных карманов в мм).

Степени тяжести:

Легкая - пародонтальные карманы не более 4 мм.

Средняя - карманы от 4 до 6 мм.

Тяжелая - глубина карманов более 6 мм.

Распространенность процесса - локализованный (очаговый), генерализованный.

III Пародонтоз - дистрофический процесс, распространяющийся на все структуры пародонта. Его отличительной чертой является отсутствие воспалительных явлений в десневом крае, отсутствие пародонтальных карманов.

Течение - хроническое.

Тяжесть - легкая, средняя, тяжелая - в зависимости от степени обнажения корней зубов (до 4 мм, 4-6 мм, более 6 мм).

Распространенность - процесс только генерализованный.

IV Синдромы, проявляющиеся в тканях пародонта.

Эта классификационная группа обозначалась раньше как идиопатические заболевания пародонта с прогрессирующим лизисом кости. В эту группу включены поражения пародонта при синдромах Папийон-Левефра, Иценко- Кушинга, Элерс-Данлоса, Шедиак-Хигаши, Дауна, болезнях крови и т.д.

V Пародонтомы - опухолеподобные процессы в пародонте: фиброматоз десен, пародонтальная киста, эозинофильная гранулема, эпулис.

---

---

Течение: хроническое

Распространенность процесса: локализованный (очаговый), генерализованный

Формы: - выделяются только для эпулиса по гистологической картине.

Следует указать, что представленная классификация нуждается в некоторых пояснениях и определенной расшифровке.

В разделе "Гингивит" требуется внести ясность в весьма распространенную у нас и за рубежом форму "атрофический, или десквамативный гингивит". На самом деле это - поражение десны при красном плоском лишае, а, следовательно, выделять эту форму - ошибочно. В таком случае можно бы дополнительно говорить и о других формах заболеваний слизистой оболочки полости рта, которые локализуются на деснах (лейкоплакия, афтозный и герпетический стоматит и т.д.) (M.S. Tonetti, 1994 Н. Goldman, W. Cohen, 1980).

Более существенны дополнения в разделе "Пародонтит", хотя, по сути, здесь все изменения завязаны на различном течении. Наряду с хроническим пародонтитом, или пародонтитом взрослых, который ранее в одиночку представлял деструктивные поражения, комиссия посчитала необходимым выделить самостоятельную подгруппу заболеваний пародонта - агрессивные формы пародонтита. В свою очередь, в подгруппе агрессивного пародонтита выделяют препубертатный; юношеский; быстро прогрессирующий - что полностью соответствует систематике этих атипичных форм, предложенных в 1983 году Page и Schreder.

Очевидно, что первым признаком разделения общей группы агрессивных форм на перечисленные 3 подвида, является возраст в котором возникает это заболевание. Кроме того, в основе этих форм лежат специфические для каждой из них факторы: резкое врожденное нарушение защитных механизмов - для препубертатного (до 12 лет); специфическая, очень агрессивная микрофлора - при ювенильном (14 - 16 лет); сочетание агрессивной, устойчивой к антибактериальным препаратам микрофлоры с одновременным падением защитных механизмов - при быстро прогрессирующем пародонтите.

Выделение быстро прогрессирующего пародонтита как самостоятельной агрессивной формы пародонтита, который развивается в возрасте от 17 до 35 лет, по нашему мнению, обосновано, если у пациента не обнаружено системных заболеваний, которые как раз и могут являться причиной активного прогрессирования деструкции.

Вопрос о выделении пародонтоза в данный момент приобрел актуальность в связи с тем, что из новой зарубежной систематики эта форма вообще исключена и трактуется как "генерализованная рецессия десны". Нам не кажется полностью обоснованным такой подход. Все же рецессия десны - это процесс чаще локализованный. Конечно, он может быть и генерализованным (а точнее - более распространенным), однако, таких случаях трудно объяснить обязательное формирова-

ние клиновидных дефектов, о чем говорилось выше. Следовательно, более правильно речь вести и о рецессии десны генерализованного характера, и о пародонтозе, а не сводить эти, по нашему убеждению, разные формы патологии воедино.

## СВЕРХЭЛАСТИЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ С ПАМЯТЬЮ ФОРМЫ В СТОМАТОЛОГИИ

**Гюнтер В.Э., Сысолятин П.Г., Миргазизов М.З., Олесова В.Н., Молчанов Н.А.**

*г. Томск, НИИ медицинских материалов и имплантатов с памятью формы  
г. Москва, Институт повышения квалификации федерального управления медико-биологических и экстремальных проблем*

Стоматология, как наука, достигла в последние годы, в особенности в России, больших успехов. В основе этих достижений лежат принципиально новые подходы по созданию специальных материалов для стоматологии - сверхэластичных сплавов с памятью формы. Широкий спектр разработанных сплавов и новых конструктивных решений касается всех направлений стоматологии.

Важным этапом в развитии ортопедии является разработка новых литейных материалов на основе никелида титана более легких и более прочных по сравнению с традиционными сплавами. Высокие литейные свойства нового сплава в сочетании с эластичными свойствами позволяют не только повысить эффективность стоматологического лечения, но и разработать новые подходы в протезировании и создании конструкций протезов, аттачменов и т.д. (рис. 1).



Рис. 1а



Рис. 1в

Восстановление утраченных структур челюстных костей бюгельными цельнолитыми протезами из никелида титана позволяет значительно уменьшить нагрузку, воспринимаемую опорными тканями, за счет амортизации и демпфирования элементами конструкции жевательного давления (рис. 2).

С целью фиксации замещающих протезов при обширных дефектах или полном удалении верхней челюсти предлагается максимально использовать естественные ретенционные области, образовавшиеся после хирургического иссечения патологических тканей. Для этого восстанавливающую опорно-фиксирующую часть протеза изготавливают из силикона армированного никелид-титановым элементом. Это придает необходимую механическую прочность конструкции и позволяет эластично деформироваться в пределах 8-10 %, что в итоге способствует улучшению качества жизни данной категории больных.

Большие изменения произошли в последние годы в области новых ортодонтических технологий лечения. Изменены принципы воздействия на зубочелю-



Рис.2а





Рис.26

стную систему. Учитывается не только постоянное по величине действие силы в разрабатываемых ортодонтических аппаратах, но и создается программное обеспечение давления по времени в соответствии с реакцией тканей на внешнее воздействие аппарата. Использование при этом новых литейных сверхэластичных сплавов позволяет создавать удивительные по эффективности и комплексу воздействия ортодонтические аппараты (рис. 3).



Рис.3а



Рис.3б

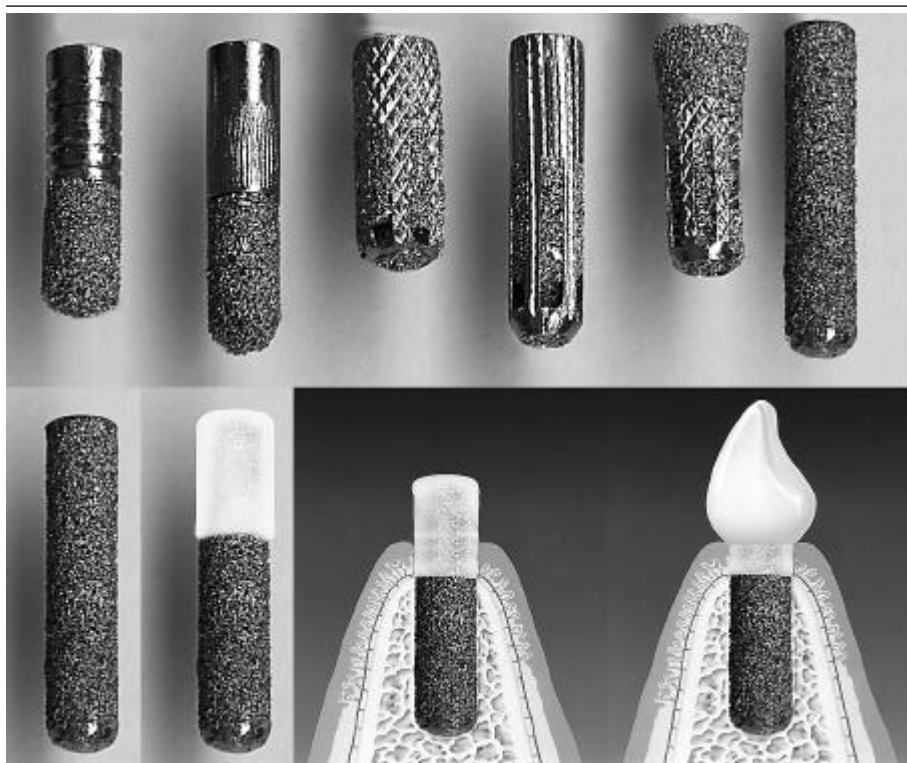


Рис.4

Для серийного применения разработан новый класс внутрикостных, проницаемых имплантов с высокой степенью биохимической и биомеханической совместимости и комплект инструментария для установки имплантатов (рис. 4).

Созданы уникальные сверхэластичные фиксаторы с памятью формы. Предложены и нашли применение инструменты с изменяемой геометрией рабочей части. Раз-

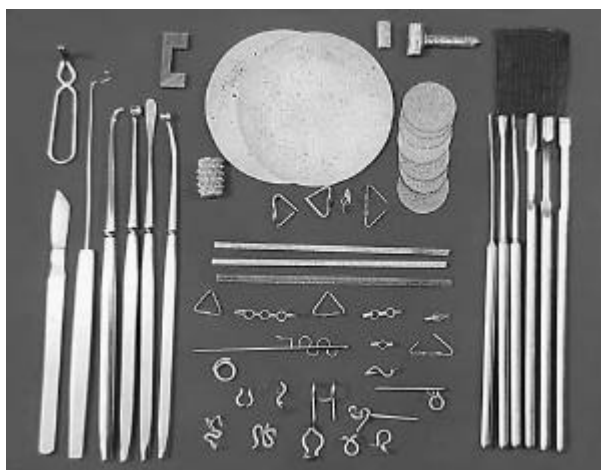


Рис.5

работаны сверхэластичные проницаемые материалы для замещения дефектов твердых тканей челюстно-лицевой области (рис. 5). В хирургической стоматологии сегодня широко используют новый эластичный шовный материал, который позволяет не только использовать его по прямому назначению, но и создавать сетчатые индивидуальные каркасы эндопротезов для челюстно-лицевой хирургии.

Появление инструментария с памятью формы в хирургической стоматологии привело к изменению представлений о биомеханических требованиях, которые необходимо предъявляются к инструментарию в терапевтической стоматологии. Впервые созданы инструменты с высокими эластичными свойствами и возможностью изменять геометрию, форму рабочей части и длительное время сохранять режущие свойства (рис.6).

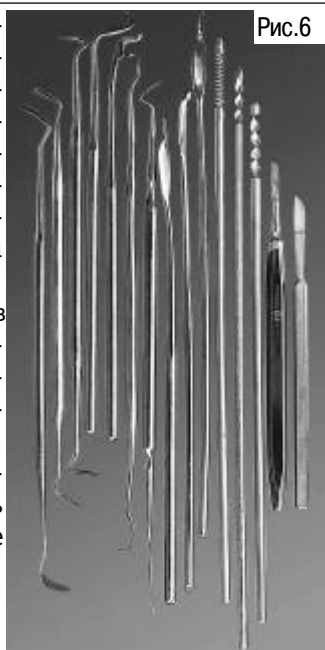


Рис.6

## **ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ПРИ ПОЛНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

**Кандейкина Н.В**

*г. Чебоксары, Чувашский государственный университет*

В пожилом и старческом возрасте распространенность полного отсутствия зубов наиболее значительна - по различным данным 63-80%. До настоящего времени нуждаемость в зубном протезировании таких пациентов не сокращается, поэтому научные исследования в этой области не теряют своей актуальности.

Достигнуты значительные успехи в области разработки теоретических концепций и технических приемов изготовления полных съемных зубных протезов. Однако практика показывает, что при неблагоприятных анатомо-топографических условиях трудно добиться надежной фиксации протезов на беззубых челюстях методами традиционного съемного зубного протезирования.

---

Целью проведенной нами работы было исследование возможности повышения функциональной эффективности протезирования пациентов геронтологического возраста с полным отсутствием зубов с использованием метода дентальной имплантации.

В ходе выборочного стоматологического обследования домов для одиноких и престарелых граждан на территории Чувашии были установлены клинические и рентгенологические особенности состояния беззубых челюстей у лиц старших возрастных групп, характер сопутствующей патологии, оценены факторы риска при зубном протезировании с применением метода дентальной имплантации.

Всего нами обследовано 784 человека старше 45 лет. Основной удельный вес в структуре обследованных составили лица пожилого возраста - 387 человек (49,4%) и старческого возраста - 337 человек (43%); 26,5% мужчин, 73,5% женщин. У обследованных лиц полное отсутствие зубов выявлено: на обеих или одной из челюстей у 36,86±1,7%; на обеих челюстях у 20,8±1,4%; на одной из челюстей - у 16,0±1,7%; только на верхней челюсти - у 12,2±1,1%; только на нижней челюсти - у 3,8±0,6%.

Удельный вес клинических разновидностей полного отсутствия зубов составил: полное отсутствие зубов на обеих челюстях - 56,4%; полное отсутствие зубов только на верхней челюсти - 33,2%; полное отсутствие зубов только на нижней челюсти - 10,4%.

Установлено, что в пожилом и старческом возрасте в 51,74% случаев на верхней челюсти и в 81,86% - на нижней челюсти распространены неблагоприятные для фиксации съёмных протезов типы атрофии беззубых альвеолярных отростков. 55% обследованных имели продолжительные периоды беззубости более 10 лет.

Среди обследованных лиц был выявлен незначительный процент практически здоровых лиц (1%). Все отмеченные заболевания были сгруппированы на две группы:

о заболевания, являющиеся противопоказаниями к дентальной имплантации (болезни эндокринной системы, органов кровообращения и костно-мышечной системы) - составили 51,9±4,3%;

о заболевания, не являющиеся противопоказаниями дентальной имплантации (болезни нервной системы, органов чувств, дыхания, органов пищеварения) - составили 48,1±4,3%.

Одной из характерных особенностей сопутствующей заболеваемости лиц пожилого и старческого возраста является полиморбидность. По полученным данным, множественные заболевания имели 46,5±3,0% обследованных, причём 2 заболевания - 34,9±2,8%; 3 заболевания - 9,8±1,7%; более 3 заболеваний - 1,8±0,8%. Практически все заболевания в старческом возрасте встречались го-

---

раздо чаще, чем в пожилом. В пожилом возрасте уровень заболеваемости составил 37,6% случаев, в старческом - 60,1%. Это согласуется с исследованиями в области геронтологии о том, что выраженные инволютивные изменения в организме человека наблюдаются лишь после 80 лет.

Оценка состояния костной ткани при полном отсутствии зубов проведена методами ортопантомографии и компьютерной радиовизиографии. У обследованных лиц с полным отсутствием зубов в 54,5% случаев выявлена перестройка костной ткани беззубых челюстей по типу остеосклероза. Этот тип характеризовался склеротическими изменениями костного рисунка при сохранении функциональной ориентации костных балок и уплотнении кортикальной пластинки. В 45,5% случаев наблюдалась перестройка костной ткани по типу остеопороза, выражающаяся в уменьшении плотности костной ткани, особенно в области подбородочных отверстий. Однако и при этом типе перестройки, замыкающие кортикальные пластинки были полностью сохранены. Отличительная черта строения беззубых челюстей в пожилом возрасте - значительная плотность кортикальной пластинки по верхнему и нижнему контуру, на нижней челюсти более интенсивная, чем на верхней.

Сравнительное изучение плотности костной ткани показало, что при полном отсутствии зубов она ниже на верхней челюсти, чем на нижней. Установлен значительный разброс показателей плотности костной ткани верхней челюсти отдельных пациентов, как в сторону повышения, так понижения. На беззубой нижней челюсти, напротив, выявлены лишь незначительные изменения плотности костной ткани различных участках и у различных пациентов. Можно констатировать, что плотность костной ткани на нижней челюсти остаётся относительно стабильной при полной потере зубов в пожилом возрасте.

Проведённое исследование позволяет обозначить имеющиеся в пожилом возрасте факторы риска дентальной имплантации. Это продолжительный период беззубости, значительная атрофия альвеолярных отростков, низкая плотность костной ткани на беззубой верхней челюсти, значительный разброс показателей плотности костной ткани беззубых челюстей, сопутствующие заболевания.

Объём показаний к дентальной имплантации на беззубой верхней челюсти по итогам обследования общего состояния здоровья, оценки состояния костной ткани и продолжительности периода беззубости пациентов с полным отсутствием зубов в пожилом возрасте составил 38,89+3,5%. Применение дентальной имплантации на беззубой нижней челюсти возможно в пожилом возрасте у 46,28+3,09% обследованных.

Проведённое обследование показало, что геронтологическими особенностями применения имплантации при протезировании полного отсутствия зубов являются необходимость тщательной рентгенологической оценки челюстных

---

костей с применением современных методик обследования и диагностики общего состояния организма пациентов.

В результате проведенного нами исследования мы пришли к выводу, что в пожилом возрасте при продолжительном периоде беззубости формируется благоприятное состояние замыкающих кортикальных пластинок, характеризующихся высокой плотностью. Возрастное увеличение плотности кортикальных пластинок по верхнему и нижнему контуру нижней челюсти компенсирует снижение высоты нижней челюсти при резко выраженной атрофии альвеолярных отростков и является дополнительным показанием к применению метода имплантации для фиксации протезов при полном отсутствии зубов.

## **СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ПАРОДОНТИТА: ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕЗУЛЬТАТОВ**

**Модина Т.Н., Молькова С.С., Круглова И.С.**

*РМАПО*

**Варакина Н.И.**

*РНЦВМиК*

На сегодняшний день модель развития быстро прогрессирующего пародонтита (БПП) представляет собой интегральный механизм взаимодействия этиотропного фактора, патогенеза развития и клинических проявлений. Поэтому БПП вызывает большой интерес не только среди ученых, но и клиницистов, которые должны учитывать особенности клинических проявлений и течения данного патологического процесса (Безрукова И.В., Грудянов А.И., 2002, Модина Т.Н., 1997-2002, Newman M, 1996).

Стратегия лечения БПП включает в себя подбор патогенетически обоснованных тестов диагностики, выбора соответствующих индивидуальных этапов лечения, включающих антибактериальную терапию, шинирование, хирургическое лечение с использованием остеопластических материалов, ортодонтическое и ортопедическое этапы лечения, поддерживающая терапия.

В течение длительного периода времени нами проводилась научно-исследовательская работа по изучению БПП и его клинических форм, включающая в себя разработку целой программы по подбору наиболее информативных диагностических тестов, оптимального комплекса лечебных мероприятий и оценки их эффективности.

---

Для получения и анализа данных была разработана математическая система моделирования оценки состояния пациентов до и после лечения. Для этого использовались данные всех пациентов, обратившихся в клинику, часть из них которые проходили полный курс лечения, пациенты, которые только консультировались, а также использовался архивный материал. В результате проведенной работы были получены количественная оценка тканей пародонта, состояние местной и общей защиты, наличие факторов риска, а также эффективность ранее проведенного лечения (Модина Т.Н., 1998-2002). С помощью кластерного анализа в системе моделирования была выявлена группа наиболее информативных признаков, влияющих на базовые характеристики патологического процесса: вероятность возникновения, тяжесть течения, скорость развития и длительность ремиссии.

Стратегия лечения БПП была бы недостаточно полной, если бы мы не акцентировали внимание на наличие факторов риска данного заболевания и их влияние на прогноз и эффективность ожидаемых результатов. Например, такой фактор риска как стресс или эмоциональная нагрузка повышает частоту не только психических, но и соматических заболеваний (Р. Флетчер и соавт., М., 1998; Т.Н. Модина, 2002).

Так по нашим данным среди факторов риска стресс и наличие беременности оказывали влияние на все этапы, третья группа - на вероятность возникновения и скорость развития БПП, фактор семейственности и наследственная предрасположенность воздействовали только на вероятность возникновения БПП. Наличие соматической патологии (сахарный диабет, ревматоидный артрит, псориаз, болезнь Бехтерева) значительно влияют на вероятность развития и тяжесть течения БПП.

Метод корреляционного анализа морфологических и биохимических показателей позволил получить результаты, которые свидетельствовали о патогенетических взаимосвязях между тяжестью и скоростью развития патологического процесса. Предложенный нами коэффициент деструкции (КД) (соотношение активности эластазы к ее ингибитору) позволил оценить темпы деструкции в тканях пародонта. Причем необходимо отметить, что при одном и том же показателе активности эластазы коэффициент деструкции может быть различным, что обусловлено разными значениями ингибитора эластазы ( $\alpha 1$ -ПИ), дефицит которого приводит к разрушению соединительно ткани, в том числе и пародонта.

Важно отметить, что наиболее точный прогноз дает сочетание факторов, чем каждого фактора в отдельности. Это позволяет получить наиболее высокую оценку вероятности исхода заболевания на основании набора определенных характеристик пациента. Так, оценивая темпы деструкции, мы использовали показатель Кд, а не ограничивались только показателями активности эластазы, которые могли быть одинаковыми у различных пациентов. При этом повыше-

---

ние Кд было вызвано не только бактериальной инвазией, но и высоким содержанием нейтрофилов и изменением их функциональной активности.

Выявление наиболее информативных показателей методом кластерного анализа позволило нам построить многомодульную систему патогенетических критериев диагностики и эффективности комплексного лечения БПП, которая может являться основой доказательной медицины в прогнозе данного заболевания.

Проводя параллель между результатами количественной оценки тканей пародонта (пародонтальный индекс-ПИ и костный показатель - КП) и данными морфометрических и биохимических исследований мы показали, что клиническая картина, соответствующая состоянию ремиссии у пациентов с БПП, не коррелирует с интенсивностью воспалительного процесса в десне и состоянием факторов местной защиты.

Отмечено, что наиболее часто встречаются пациенты со сниженным НСТ-тестом, у которых встречается увеличение Кд в сыворотке крови, в десне и грануляциях. Однако самый высокий показатель Кд отмечается в десне. У таких пациентов отмечается высокое содержание нейтрофилов в лейкоцитарно-лимфоцитарной инфильтрации десны, скорость и тяжесть БПП при этом самая высокая. Поэтому. Такие показатели ИГС, ПИ и КП являются наиболее информативными. В этой ситуации факторы риска будет влиять на тяжесть и скорость течения БПП, приводя к снижению активности  $\alpha 1$ -ПИ, что в свою очередь будет способствовать усилению тяжести процесса.

Таким образом, комплексное лечение, включающее в себя профессиональную гигиену, лимфотропное введение клафорана, использование на хирургическом этапе коллапана, позволяет блокировать основные звенья патогенеза БПП. При этом лимфотропное введение способствуют не только максимальному антибактериальному эффекту, увеличивая концентрацию антибиотика в очаге воспаления в 2-8 раз по сравнению с внутримышечным, но и коррелировать функциональное состояние нейтрофилов и эластазо-ингибиторную активность как на местном, так на общем организменном уровне, усиливать дренажную и иммунологическую функцию функции лимфатической системы.



---

## РОЛЬ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ В ПОВЫШЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЗУБОВ ПРИ ИХ ПОЛНОЙ УТРАТЕ

**Олесова В.Н. Мушеев И.Ю. Тимакова О.С. Рогатнев В.П.,  
Осипов А.В.**

*г. Москва, Институт повышения квалификации ФУ "Медбиоэкстрем", кафедра  
клинической стоматологии и имплантологии*

По результатам работы с имплантатами с 1980 г. наибольшую клиническую эффективность в отдаленные сроки после имплантации при полном отсутствии зубов показали внутрикостные имплантаты винтовой или цилиндрической формы.

В зависимости от клинических условий и количества введенных имплантатов применялись несколько вариантов протезирования при полном отсутствии зубов:

металлокерамический (металлопластмассовый) несъемный протез, фиксирующийся на имплантатах посредством винтов или цементирувания;

несъемный протез с винтовой фиксацией металлического каркаса к имплантатам с постановкой искусственных зубов на пластмассовом базисе;

полный съемный протез с опорой на слизистую оболочку протезного ложа и имплантаты с телескопической, балочной или замковой фиксацией к имплантатам.

На основании клинического и экспериментального изучения биомеханики внутрикостных имплантатов сделан вывод о целесообразности размещения для целей несъемного протезирования наибольшего количества имплантатов на протяжении дефекта зубного ряда. На практике вопрос об изготовлении несъемного протеза при полном отсутствии зубов рассматривался при наличии 6 имплантатов (в редких случаях пяти), которые в таком случае размещались во фронтальном отделе верхней или нижней челюстей, а так называемый "протез с вытяжением" (консолями) заканчивался в области первых моляров.

Вместо традиционных металлокерамического или металлопластмассового протезов на имплантатах рекомендован протез с постановкой искусственных пластмассовых зубов, который в ряде случаев предпочтительнее из-за облегченности конструкции. Металлический каркас в виде фигурной балки опирается на имплантаты и крепится к ним винтами, а искусственный зубной ряд создается из стандартных пластмассовых зубов.

В последнее время предложен безметалловый вариант описанной конструкции, при котором опорный каркас пластмассового протеза изготавливается из

---

стекловолокна, что повышает эстетику протезирования. При необходимости винтовой фиксации такого протеза требуется изготовление металлических колпачков на имплантаты с внутренней резьбой, к которым крепится стекловолоконный каркас с помощью адгезивной техники.

При наличии 2-4 имплантатов изготавливался только съёмный протез, опирающийся на слизистую оболочку протезного ложа и на имплантаты посредством балочной, замковой или телескопической фиксации. При этом появляется возможность укорочения границ протеза и освобождения неба от пластмассового базиса. Оптимальным решением проблемы фиксации полного съёмного протеза с использованием имплантатов следует считать применение замковых креплений различной конструкции, размещённых на балке, объединяющей имплантаты.

Клинико-лабораторные этапы протезирования на имплантатах имеют свои особенности, связанные с необходимостью особой точности взаимоотношений протеза с имплантатами и антагонистами для профилактики перегрузки имплантатов и воспаления в периимплантатных тканях.

Оттиски с челюстей и имплантатов получали с помощью специальных переводчиков (трансферов), а рабочую модель отливали из супергипса, используя лабораторные аналоги внутрикостной части имплантата. Рекомендуется использование в лаборатории аналогов опорных головок и винтов имплантатов. Конструирование протезов на имплантатах рекомендуется производить в индивидуально настроенных артикуляторах и зачастую с предварительной примеркой в полости рта восковой конструкции протеза с сформированным зубным рядом из пластмассы. Конструкция будущего протеза определяет выбор типа внутриротовой опорной части имплантата (опорной головки, абатмента). Существуют возможности использования фабричных внутриротовых частей имплантата, а также изготовление индивидуальных опорных головок из беззольных пластиковых заготовок. В большинстве систем дентальных имплантатов имеются различные опорные головки: для цементирования протезов; с наклоном при непараллельности и нетипичном расположении имплантатов; для винтовой фиксации протеза; с уступом для искусственной коронки. Опорные головки могут быть разными по высоте для выбора в зависимости от межальвеолярного расстояния и толщины слизистой оболочки вокруг имплантата. Пластиковые заготовки для индивидуальных опорных головок позволяют путем фрезерования или дополнительного моделирования воском изготавливать внутриротовые опоры для протезов с любым наклоном и размеров, как с фиксирующим винтом, так и для цементирования протеза. Иногда допускается фрезерование фабричных металлических опорных головок. Фиксирующие винты размещались при необходимости с небной или язычной поверхности протезов. Для такого расположения винтов предусмотрены специальные беззольные детали, используемые при литье каркаса протеза. Ввиду преимущест-

---

ва использования в качестве материала для имплантата титана, для исключения электрохимической коррозии металлические каркасы протезов начали отливать из титана или благородных сплавов.

Все конструкции протезов должны обеспечивать достаточный доступ для проведения гигиенических мероприятий в области имплантатов, в связи с чем при глубоком преддверии полости рта допустимы конструкции протезов с удлиненной шейкой абатментов (так называемые "протезы на ходулях"), однако, во многих случаях необходимо моделирование десневой маски для обеспечения необходимого эстетического эффекта. Важно качество полировки придесневой части протеза и шеек имплантатов. Для создания промывных пространств и доступа для гигиены имплантатов рекомендуется грушевидное моделирование искусственных зубов в несъемных протезах.

Во многих имплантологических системах предусмотрены специальные внутриротовые опоры для балок, опоры с шаровидными аттачменами. Отлитая из металла балка фиксируется винтами к внутриротовым частям имплантатов и может соединяться с патрицами шаровидных аттачменов, либо на балке могут быть размещены аттачмены другой конструкции: жесткие, полулабильные и лабильные; рельсовые, балочные, поворотные, с запирающим штифтом и др. Выбор замкового крепления диктуется особенностями клинической ситуации, количеством и устойчивостью имплантатов.

Точность протезирования на имплантатах значительно повышается при использовании SAE-технологии - электроэрозсионной припасовки металлических каркасов съемных и несъемных протезов к стандартным абатментам наиболее распространенных систем имплантатов.

Во всех случаях рекомендуется рентгенологический контроль плотности прилегания каркаса протеза к имплантатам, поскольку щели между ними будут способствовать скоплению пищевых остатков в пришеечной части имплантата, а неравномерность припасовки каркаса приведет к перегрузке отдельных имплантатов.

При конструировании зубного ряда протезов на имплантатах при полном отсутствии зубов важное значение имеют особенности формирования их окклюзионной поверхности. Рекомендуется так называемая "защищенная окклюзия": полный контакт жевательных зубов в центральной окклюзии и их дезокклюзия при выдвижении и боковых движениях нижней челюсти. Лингвализированная постановка зубов с передним направляющим компонентом предполагает смыкание по типу "ступка - пестик" невысокого небного бугорка верхнего моляра с неглубокой центральной ямкой нижнего моляра. Щечные бугорки не вступают в окклюзию. Такая постановка искусственных зубов менее естественна, окклюзионные контакты ограничены и меньше жевательная эффективность, но при этом имплантаты испытывают меньшую нагрузку.

---

В последнее время дискутируется вопрос о ранней или непосредственной нагрузке имплантатов посредством протезной конструкции. Авторы разделяют мнение ряда имплантологов о том, что именно при полном отсутствии зубов на нижней челюсти непосредственная нагрузка протезов оправдана и эффективна.

## **ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА И ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА**

**Орехова Л.Ю., Левин М.Я., Софронов Б.Н.**

*г. Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им.акад.И.П.Павлова*

Воспалительные заболевания пародонта (ВЗП) относятся к распространенным заболеваниям, частота которых среди взрослого трудоспособного населения, как известно, составляет более 90%. Помимо физических неудобств, снижения функциональных возможностей зубочелюстной системы, индукции других соматических патологических процессов в организме, ВЗП приводят к изменениям в психологической сфере больных и снижению их качества жизни. Последнее обстоятельство далеко не всегда учитывается при оценке состояния больных ВЗП и определении эффекта лечебных процедур.

В последние годы разработаны методы адекватной оценки психологического статуса и качества жизни больных. Вместе с этим, нет достаточных сведений о том, какие патологические процессы при ВЗП обуславливают психологические расстройства и ухудшение качества жизни пациентов.

Установление взаимосвязи патологических процессов в пародонте и иммунологических факторов, определяющих психологический статус больных, самооценку ими своего состояния и качества жизни, входит в число актуальных научных задач, определяющих совершенствование лечебных мероприятий при ВЗП. Эти вопросы и входили в наше исследование.

Было проведено обследование 175 больных воспалительными заболеваниями пародонта (ВЗП). Все обследования проводились в стадии обострения воспалительного процесса. Больные были подразделены на три группы, в зависимости от выраженности воспаления.

В первую группу (64 чел.) были включены больные с хроническим генерализованным гингивитом и пародонтитом легкой степени тяжести. Пародонтологические индексы папилло-маргинально-альвеолярный (РМА), индекс гигиены Федорова-Володкиной (ИГФВ) и индекс гигиены Грина-Вермилльона (ИГТВ) у больных этой группы равнялись 10,81 0,43%, 1,17 0,04 балла и 0,68 0,02 балла.

Вторую группу (45 чел.) составили пациенты с пародонтитом средней степени тяжести со значениями указанных индексов, соответственно, 37,82 0,82%, 1,60 0,03 и 0,54 0,02 баллов.

В третью группу (66 чел.) вошли больные пародонтитом средней и тяжелой степени тяжести с индексами ПМА, ИГФВ и ИГТВ, соответственно, 79,40 0,22%, 2,12 0,05 баллов и 0,68 0,02 баллов. Контрольную группу составили 26 человек без стоматологических заболеваний. Часть больных третьей группы (29 чел.) получила лечение: профессиональную гигиену полости рта и противовоспалительное лечение кембрийской голубой глиной.

Клиническое обследование проводилось по общепринятой методике, включая ортопантомограмму, и регистрировалось в специальной карте-истории болезни пародонтологического пациента, разработанной в стоматологической поликлинике нашего Университета, а также проводились следующие методы обследования: исследование качества жизни, определение психологического статуса и оценка уровня местного иммунитета ротовой полости.

#### Исучаемые показатели

Предмет изучения	Показатель
Качество жизни обследуемых	Показатели качества жизни (ПКЖ, баллы) по Ноттингемской системе на основе 7 составляющих
Психологический статус	Показатели личностной и реактивной тревожности по Ч.Спилбергеру-Ю.Ханину (баллы)
Активность воспалительного процесса ротовой полости	Самооценка. Общий балл на основе 7 показателей, определяемых пациентом в специальной карте.
	Пародонтологические индексы - папилло-маргинально-альвеолярный (ПМА), %; индексы гигиены по Федорову-Володкиной и Грин-Вермилльону (ИГФВ и ИГТВ), в баллах
Состояние местной гуморальной защиты ротовой полости	Активность лизоцима по бактерицидному эффекту (в %). Количество IgA, IgG, IgM, IgE в ротовой жидкости иммуноферментным методом
Степень деструкции ткани пародонта	Определение тканевого антигена по истощению тест-антисыворотки (РТПГА)
Аутоиммунный ответ	Аутоантитела к антигену пародонта в РПГА.
	Цркулирующие иммунные комплексы (ЦИК) - определение белка, осаждаемого полиэтиленгликолем

Проведенные исследования показали, что ПКЖ больных ВЗП находятся в зависимости от выраженности ВЗП. Средние ПКЖ больных первой группы не имели достоверных отличий от ПКЖ контрольных лиц. ПКЖ больных второй группы был в два раза выше, чем в первой группе. Самый неблагоприятный уровень ПКЖ зарегистрирован в третьей группе, он выше показателя первой группы в 8,5 раз и выше среднего показателя второй группы в 4 раза.

Отличия определялись неблагоприятием всех 7 основных составляющих ПКЖ - болевыми ощущениями, расстройствами сна, нарушениями энергичности, фи-

---

зической активности и других. Ухудшения ПКЖ происходили параллельно с другими субъективными и объективными показателями состояния больных.

Три рассматриваемые группы больных ВЗП различались при оценке психологического статуса по показателям тревожности. В первой группе показатели реактивной тревожности соответствовали показателям контрольной группы, во второй группе показатели тревожности нарастали до 41,7 баллов, достигая наибольших значений в третьей группе больных.

Показатели самооценки воспалительного процесса у больных первой и второй групп были одинаковыми, тогда как в третьей группе показатель неблагоприятной самооценки был в 3 раза выше. Отличия определялись степенью кровоточивости десен, наличием запаха изо рта, степенью подвижности и чувствительности зубов и другими признаками. Наряду с субъективной оценкой ВЗП были определены пародонтологические индексы воспаления.

Так, оба индекса гигиены - ИГФВ и ИГТВ так же, как и РМА, дифференцировали три группы больных. Все три показателя врачебной оценки воспаления достоверно коррелировали между собой. Установлена зависимость ПКЖ от состояния местной иммунной защиты ротовой полости. Как видно, активность лизоцима и уровень sIgA в ротовой жидкости всех больных были снижены в сравнении с контрольной группой. При этом в наибольшей степени гуморальная защита была снижена у больных третьей группы. Уровень IgG в ротовой жидкости не претерпевал существенных отклонений.

У больных ВЗП имеются условия для возникновения аутоиммунной реакции, так как в кровь больных и ротовую жидкость поступает антиген поврежденной ткани пародонта. У обследованных нами лиц антиген, свойственный тканям пародонта, был обнаружен в ротовой жидкости больных первой группы в 1/3 случаев, при этом у больных второй группы - более 1/2, у больных третьей группы - у всех обследованных.

У больных с минимальной деструкцией тканей, у которых антиген не был обнаружен, ПКЖ были наиболее благоприятными. При обнаружении значительных количеств антигена, что указывало на выраженную деструкцию тканей пародонта, ПКЖ был наименее благоприятным. Та же закономерность обнаружена в отношении аутоантител и ЦИК. Обнаружение аутоантител и ЦИК коррелировало с неблагоприятными уровнями ПКЖ. Полученные сведения позволяют дать оценку роли аутоиммунных проявлений при ВЗП. Поскольку чем более выражены признаки аутоиммунных реакций, тем менее благоприятны ПКЖ, можно утверждать, что развитие аутоиммунной реакции, способствующей нейтрализации и элиминации антигенных субстратов, ухудшает качество жизни больных.

Для оценки влияния лечения ВЗП на течение заболевания и состояние пациентов 29 больных из третьей, наиболее тяжелой группы получили лечение - профессиональную гигиену с дополнительным противовоспалительным лече-

---

нием аппликациями кембрийской глины. Так, через 1 месяц после лечения число больных с высокими неблагоприятными показателями воспаления существенно снизилось. При этом у больных значительно снизился средний показатель самооценки воспалительного процесса. В результате лечения нормализовались пародонтологические индексы. Одновременно у большинства больных улучшался психологический статус: показатель реактивной тревожности снижался, в результате чего число больных с высокими показателями снизилось в 5,5 раз. Лечение обеспечивало повышение активности лизоцима и sIgA.

Проведенное лечение привело к снижению частоты обнаружения тканевого антигена в ротовой жидкости почти в 2 раза. Это показывает, что деструктивные процессы в пародонте этой группы больных, если не прекращались полностью, то существенно редуцировались. Одновременно с сокращением поступления антигена снижались и явления аутоиммунного ответа, при этом высокие титры антител переставали обнаруживаться. То же происходило и с обнаружением ЦИК.

Все приведенные материалы показывают эффективность лечения, приводящего к снижению как объективных признаков повреждения, иммунодефицита и аутоиммунной реакции, так и субъективных ощущений пациента. Вместе с нормализацией соматических и психологических нарушений происходило и улучшение качества жизни больных. Причем улучшение ПКЖ коррелировало с улучшением всех других показателей.

## ВОССТАНОВЛЕНИЕ ДЛИНЫ ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ

**Радлинский С.В., Радлинская В.Н.**

*г.Полтава, Украинская медицинская стоматологическая академия,  
Стоматологическая клиника-студия "Аполлония"*

**ВВЕДЕНИЕ.** Каждый современный человек хочет выглядеть моложе своих лет. Это, вполне понятное стремление производить лучшее впечатление на окружающих, особенно акцентировано у женщин, которые тратят значительные средства, усилия и время на различные способы "омолаживания". В ответ на это стремление работает целая "индустрия молодости" ? косметологическая и фармацевтическая отрасли промышленности, система косметологических салонов, фитнес-клубов и клиник пластической хирургии... Однако, все эти усилия и затраты могут быть напрасными: можно ежедневно накладывать маски на лицо, удалять морщины, подтягивать и полировать кожу, но... стоит улыбнуться, и сразу виден возраст обладателя улыбки! Лица пациентов после восстановления длины передних зубов убеждают, что все пациенты теперь выглядят... на пять лет моложе!

---

Наблюдая много лет эффект "омоложения", как результат восстановления длины передних зубов, трудно привыкнуть к происходящим превращениям внешнего вида пациента. Почти десять лет каждому пациенту мы включаем задачу восстановления длины передних зубов в план восстановления стоматологического здоровья. Устранение обычной стираемости передних зубов стало стандартом программы клинических соревнований Призма-чемпионата. Но каждый раз продолжаешь удивляться тому, как маленький штрих в дизайне лица меняет восприятие возраста человека.

**ТЕНДЕНЦИИ В СОВРЕМЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ.** В обществе повышается социальная значимость улыбки и здоровых зубов. Рыночные времена изменили отношение человека к своему внешнему виду. Каждый, кто улыбается, сигнализирует окружающим о том, что у него все хорошо. С таким человеком легче работать в одной команде, можно вести бизнес, отдыхать семьями. Но располагающая, обаятельная улыбка невозможна без здоровых на внешний вид зубов. Поэтому пациенты все чаще требуют от стоматологов не столько лечения, сколько эстетических достижений в восстановлении внешнего вида здоровых зубов. Влиянием рынка на стоматологию можно считать и появление немедицинских показаний к стоматологическому вмешательству, таких как химическое отбеливание здоровых зубов и наклеивание на зубы украшений.

В ответ и сами стоматологи чаще предлагают пациентам улучшить внешний вид зубов и улыбки, поэтому в рекламных объявлениях стоматологических клиник и кабинетов теперь можно часто увидеть наш термин "художественная реставрация зубов". Если пациента в передних зубах с явными признаками стираемости беспокоит только краевое окрашивание реставраций, то мы обязательно предлагаем параллельно восстановить длину коронок и форму режущих краев.

Надежность и долговечность реставраций зубов со стираемостью полностью зависит от технологических достижений и их практического применения в конкретной стоматологической клинике или кабинете. Можно утверждать, что с микроматричным композитом и нанонаполненной адгезивной системой проблема устранения стираемости зубов стала решаемой с гарантийными обязательствами, обычными для прямых реставраций.

Мы не должны мириться со стираемостью зубов так же, как мы не миримся с кариесом зубов и заболеваниями пародонта.

**СИМПТОМОКОМПЛЕКС СТИРАЕМОСТИ ЗУБОВ.** Грин Блэк создал свою знаменитую классификацию дефектов коронок зубов, будучи в возрасте 60 лет (1896). Но ему понадобилось еще 12 лет, чтобы к пяти классам дефектов с локализацией характерной для кариозных поражений, добавить шестой класс (1908) объединяющий дефекты по режущему краю передних зубов и бугоркам боковых зубов, характерные для стираемости зубов. Тогда же Грин Блэк предсказал, что



---

со временем проблема стираемости зубов будет только нарастать. Сейчас, почти через столетие, описание дефектов коронок зубов класса VI можно найти только в отдельных учебниках и руководствах.

По локализации различают стираемость передних зубов, боковых зубов и щеек зубов. Стираемость может быть в пределах эмали, в пределах эмали и дентина, вплоть до вскрытия полости зуба.

Если стираемость эмали в определенных возрастных рамках можно считать естественным процессом, то стираемость дентина? это явная патология, требующая врачебного вмешательства, так как происходит нарушение целостности внутренней среды зуба.

Дентин является внутренней тканью и в норме всегда покрыт эмалью или цементом. Дентин не обладает устойчивостью к стиранию и там, где процесс стирания преодолел эмалево-дентинный барьер, обнаженный дентин стирается значительно быстрее окружающей эмали с образованием характерных углублений. Причем, обычно напротив углублений в обнаженном дентине не бывает выступов на жевательной поверхности антагонистов, так как стирающую способность имеет прежде всего пища с определенной абразивностью. Дентин, благодаря своей структуре, обладает проницаемостью для пищевых красителей, и шлейф окрашивания устремляется по кратчайшему пути от его обнаженной поверхности в сторону пульпы. Наконец, поверхностный слой обнаженного дентина склерозируется, как защитная реакция, снижающая скорость стирания, но не останавливающая сам процесс.

Эмаль, окружающая обнаженный дентин, лишенная его поддержки и питания, пронизывается сетью микротрещин и начинает не стираться, а скалываться фрагментами. Так появляется фестончатость краев эмали. Растрескавшуюся эмаль можно легко выявить с помощью направленного источника света (операционный светильник, подсветка наконечника бормашины, полимеризационная лампа). Микротрещины образуют множественные поля отражения света, эмаль теряет глубину прозрачности и становится белесоватой. На передних зубах со стертým режущим краем микротрещины концентрируются на оральной поверхности, испытывающей большие жевательные нагрузки, поэтому оральная эмаль малопрозрачна и имеет белесоватый оттенок, а вестибулярная эмаль остается прозрачной и серой.

**УСТРАНЕНИЕ ПОСЛЕДСТВИЙ СТИРАЕМОСТИ ЗУБОВ.** Проблемы устранения стираемости передних зубов состоят в изменении дизайна лица пациента и психологическом восприятии этих изменений окружающими. Прочность и долговечность адгезивной конструкции должны быть такими, чтобы обеспечить срок службы реставрации не менее 10 лет.

Значительные трудности в планировании восстановления высоты зубов, восприятии пациента и контроле со стороны стоматолога представляет изменение

---

передней и боковой окклюзии. Восстанавливая длину коронок зубов, мы восстанавливаем (де факто, повышаем) высоту передней и боковой окклюзии, но новая форма коронок не должна менять переднего и бокового окклюзионного пути.

Несомненным преимуществом прямой реставрации при стираемости передних зубов является восстановление герметичности и целостности внутренней среды. Естественный дентин в коронке каждого зуба снова стал внутренней тканью, так как теперь он покрыт либо естественной эмалью по вестибулярной, оральной и проксимальным поверхностям, либо искусственной эмалью по режущему краю.

Устранение последствий стираемости передних зубов возможно несколькими способами от эстетического контурирования до полных керамических коронок. При любом варианте технического решения это будет задача не из легких, требующая учета многих факторов и обстоятельств. С развитием технологий на основе адгезии стало возможным изготовление виниров, восстанавливающих режущий край и длину зуба, но покрывающих полностью только вестибулярную поверхность коронки. С появлением многоцелевых адгезивных систем, техники влажной адгезии, когда стало возможным склеить реставрационный материал с дентином так же прочно, как и с эмалью, исчезла и необходимость использовать для ретенции реставрации всю вестибулярную поверхность коронки.

Преимущества прямой реставрации композитами состоят в щадящем препарировании зубных тканей (свободный дизайн препарирования), бережном отношении к пульпе, обеспечении лучшего и контролируемого герметизма реставрируемого зуба. Зубы, восстановленные в прямой реставрации обладают изменчивостью внешнего вида естественных зубов, а срок службы прямых реставраций составляет теперь не менее 10 лет, что соответствует долговечности амальгамовых пломб, золотых вкладок и металлокерамических реставраций.

Гарантийные обязательства и срок службы

Гарантийный срок ? это период, в течение которого можно проверить правильность выбора материала, правильность реставрационной конструкции и правильность технологического исполнения реставрации, что в сумме составляет качество реставрации. Гарантийные обязательства не могут быть обезличенными, они всегда должны обещать конкретные качества выпускаемой стоматологической продукции. Мы гарантируем, что реставрация в течение гарантийного периода сохранит свою форму, окклюзионные и межзубные контакты, не будет скальваться, меняться в цвете и окрашиваться по краям, реставрированный зуб сохранит витальность, не будет причиной болей или послеоперационной чувствительности. Мы также гарантируем блеск поверхности реставрации, особенно для реставраций из микроматричного композита Эстет-Икс, и здоровый внешний вид окружающего десенного края, но при условии выполнения наших рекомендаций по индивидуальной гигиене полости рта

---

(выбор щетки, пасты, кратность профессиональной гигиены).

Как и при любом другом виде гарантии, производитель считает себя свободным от гарантийных обязательств при неправильной эксплуатации изделия или в случае повреждений изделия.

В течение гарантийного срока все проблемы с реставрационным изделием и реставрированным зубом устраняются за счет производителя, которым является стоматологическая клиника или кабинет. По окончании гарантийного срока, как и по окончании срока службы, ? за счет пациента, и так до тех пор, пока реставрация будет поддерживать реставрированный зуб в герметичном и стабильном состоянии.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Стоматология, как сфера сотрудничества стоматолога и пациента с целью воссоздания и сохранения стоматологического здоровья, в условиях рынка становится больше косметологической, чем медицинской специальностью. Цели и задачи перед стоматологией ставятся эстетические, а пути достижения и решения их остаются медицинскими. Восстанавливать длину передних зубов можно и нужно с гарантийными обязательствами и сроком службы, общепринятыми для прямых реставраций композитом. Реставрируя передние зубы со стираемостью режущих краев, мы решаем одновременно и медицинские, и эстетические проблемы.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫХ ИСХОДОВ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОЛНЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЗУБОВ**

**Садыков М.И.**

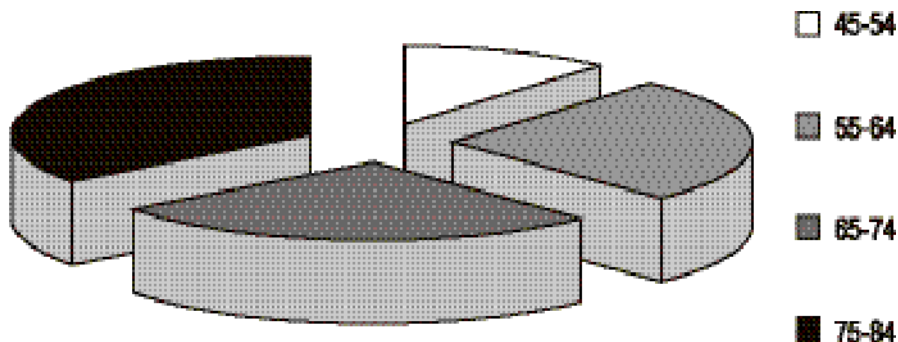
*г. Самара, СамГМУ, кафедра ортопедической стоматологии*

В научной литературе имеются единичные сообщения о систематизации причин неудовлетворительных результатов ортопедического лечения больных различными конструкциями протезов (Драгобецкий М.К., 1985; 1986) и в том числе после протезирования полными съемными протезами (Иорданишвили А.К., 1988; 2001). Отсутствует комплексный и подробный анализ причин неудовлетворительных результатов протезирования больных с полным отсутствием зубов.

Целью нашей работы явились подробный анализ и систематизация причин неудовлетворительных результатов ортопедического лечения больных с полным отсутствием зубов.

Для достижения поставленной цели мы обследовали 1765 пациентов с полным отсутствием зубов в возрасте от 45 до 84 лет, получавших ортопедическое лечение в городских стоматологических поликлиниках г. Самары в период с 1996 по 2000 год. Среди них мужчин - 710, женщин - 1055. Обследование больных проводили по специальным анкетам с учетом данных амбулаторных карт и нарядов-заказов. Исследования велись ежегодно по месяцам. При анализе неудовлетворительных результатов ортопедического лечения больных с полным отсутствием зубов использовали программу "Advanced grapher version 2.1". Проводили корреляционный и регрессивный анализы с целью выявления связей между изучаемыми явлениями.

Среди всех больных (1765) на время обследования не пользовались полными съемными протезами 509 человек, что составляет 28,8 %. Среди общего количества отрицательных результатов ортопедического лечения женщин - 60,3 %, а мужчин - 39,7 %. Основная часть неудовлетворительных результатов ортопедического лечения больных прослеживается в возрасте от 55 до 84 лет (рис.1).



**Рис. 1. Распределение пациентов по возрасту, не пользующихся полными съемными протезами после ортопедического лечения в стоматологических поликлиниках г. Самары с 1996 по 2000 г. (в процентах).**

После тщательного исследования 509 больных, не пользующихся полными съемными протезами, мы систематизировали причины неудовлетворительных результатов их ортопедического лечения по различным групповым факторам. В каждую из них вошли отдельные факторы, являющиеся причинами невозможности пользования полными съемными протезами.

Нами выделено пять основных групповых факторов по причине которых больные не пользовались изготовленными протезами. Наиболее крупная группа - анатомо-физиологическая - 53,2 % пациентов, далее - клинико-технологическая - 29,5 %. Менее крупные - психологическая - 6,7 %; токсико-аллергическая - 5,9 %; комбинированная - 4,7%.

---

Анатомо-физиологическая группа факторов является основной, т.к. по ней 271 (53,24%) пациент из 509 не смог пользоваться полными съемными протезами. По возрастам самыми неблагополучными являются пациенты от 75 до 84 лет - 133 (49,07%) человека, в том числе 89 (66,9%) женщин и 44 (33,1%) мужчины.

Среди 271 больного, не пользующегося полными съемными протезами из-за анатомо-физиологических факторов, пациентов в возрасте 45-54 года всего 9 (3,3 %), что объясняется относительно молодым возрастом данной группы пациентов.

Анализ данных показывает, что из анатомо-физиологических факторов основной причиной, по которой больные не пользуются полными съемными протезами, является резкая атрофия альвеолярных отростков беззубых челюстей - 157 пациентов, в том числе атрофия нижней челюсти - 130 (82,8 %) человек. Лишь у 27 (17,2 %) пациентов наблюдалась резкая атрофия верхней челюсти.

На втором месте в группе анатомо-физиологических факторов, при которых больные не пользуются полными съемными протезами, стоит - снижение механизма адаптации нервно-мышечного аппарата к полным съемным протезам, в том числе в результате старения организма и позднего первичного обращения (через 8-12 лет) за протезированием после удаления всех зубов - 14,02 % человек.

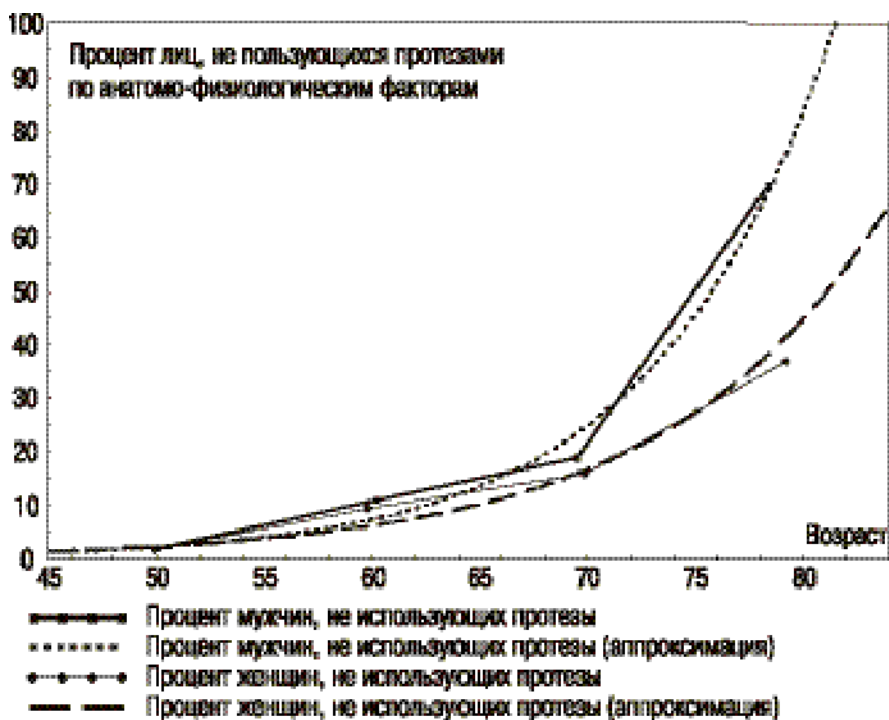
Далее идут больные с резкой атрофией (истончением) слизистой оболочки протезного ложа - 8,85 % человек. Из-за сильной боли под базами протезов эти пациенты вынуждены были не пользоваться протезами сразу же после наложения их на челюсти.

По причине слизистых тяжей на протезном ложе - 5,53 % пациентов не пользовались протезами. Им было рекомендовано хирургическое вмешательство с целью подготовки протезного ложа с последующим протезированием. Мы выделили отдельно больных (3%), не пользовавшихся полными съемными протезами из-за отсутствия слюны в полости рта. Их было 2,58 % пациентов. У таких больных протезы не фиксировались на челюстях и вызывали неприятные ощущения.

Нами проведен анализ количества отказов от пользования полными съемными протезами по анатомо-физиологическим факторам в зависимости от возраста и пола пациентов.

С возрастом вероятность отказов от полных съемных протезов по анатомо-физиологическим причинам возрастает (рис. 2). Это связано с общим ухудшением здоровья, возрастными изменениями в тканях протезного ложа и снижением адаптационных механизмов организма.

По клинико-технологическим факторам - 150 (29,46%) пациентов отказались от пользования полными съемными протезами. Это в основном лица в возрасте от 55 до 84 лет - 138 (92%) человек.



**Рис. 2.** Графическое изображение количества отказов больных от пользования полными съемными протезами по анатомо-физиологическим факторам в зависимости от возраста.

Из 150 пациентов, что составляет - 29,46% от общего количества больных, не пользующихся полными съемными протезами, до 85% людей протезировались у специалистов со стажем работы в клинике ортопедической стоматологии менее пяти лет.

Из факторов связанных с зуботехническими причинами часто встречается неправильная постановка искусственных зубов (12,66%), что нарушает эстетику протезов и их функциональную ценность. При постановке искусственных зубов в стоматологических поликлиниках города в 95-96% случаев зубные техники пользуются окклюдаторами вместо артикуляторов.

При изготовлении полных съемных протезов используют анатомические рабочие слепки (12%) вместо функциональных.

Некоторые врачи-ортопеды, особенно неопытные, при диагностике состояния слизистой оболочки протезного ложа неправильно определяют класс состояния слизистой по Суппле. В наших исследованиях 6,5 % больным вместо 2 класса по Суппле определили 1 класс. Все пациенты в течение одной недели-

после получения полных съемных протезов перестали ими пользоваться из-за сильных болей под базами протезов.

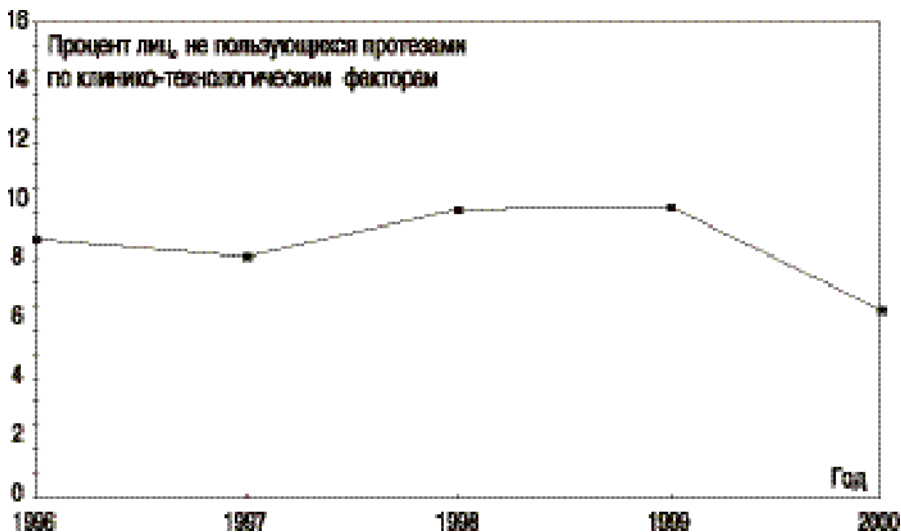
При определении центрального соотношения челюстей 6% больным неправильно зафиксировали окклюзию. По этой причине 9 человек не смогли пользоваться полными съемными протезами. 5,3% пациентов не пользовались съемными протезами, которые были изготовлены по оттискам снятым некачественными индивидуальными ложками.

Следующие две причины касаются непосредственно технической группы факторов. Это нарушение режима полимеризации пластмассы - 14 (9,33%) человек и неудовлетворительное качество обработки протезов также 9,33 %.

По нашим данным, во всех стоматологических поликлиниках г.Самары нередко базисные пластмассы полимеризуют в воде с нарушениями режима.

По клиничко-технологическим факторам 50,6 % больных не пользуются протезами из-за клинических и 49,4 % - лабораторных факторов. Зависимость отказов пользования протезами по клиничко-технологическим факторам от возраста пациента и календарным годам приведена на диаграммах (рис.3 и 4).

Из графика зависимости отказов больных от пользования полными съемными протезами по клиничко-технологическим факторам от возраста среди мужчин следует, что после 70 летнего возраста процент таких больных идет на убыль. Это связано с низкими требованиями к качеству протезов со стороны пациентов мужчин.



**Рис. 3. Графическое изображение зависимости отказа больных от пользования протезами по клиничко-технологическим факторам от календарного года.**

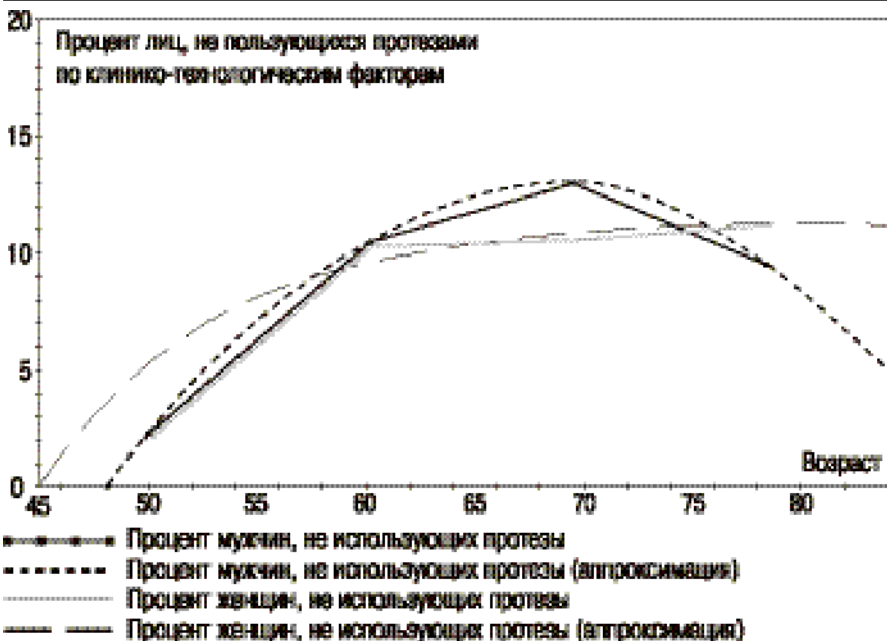


Рис. 4. Графическое изображение зависимости отказа больных от пользования протезами по клинико-технологическим факторам от возраста.

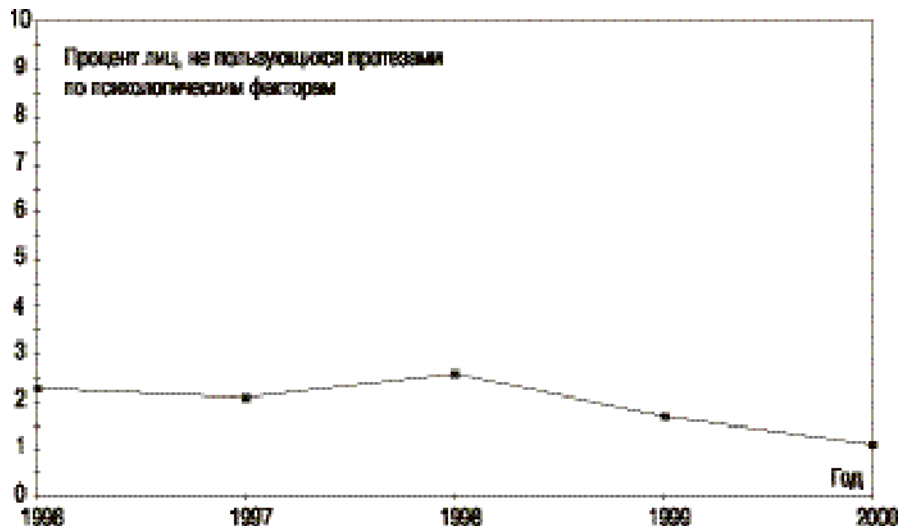
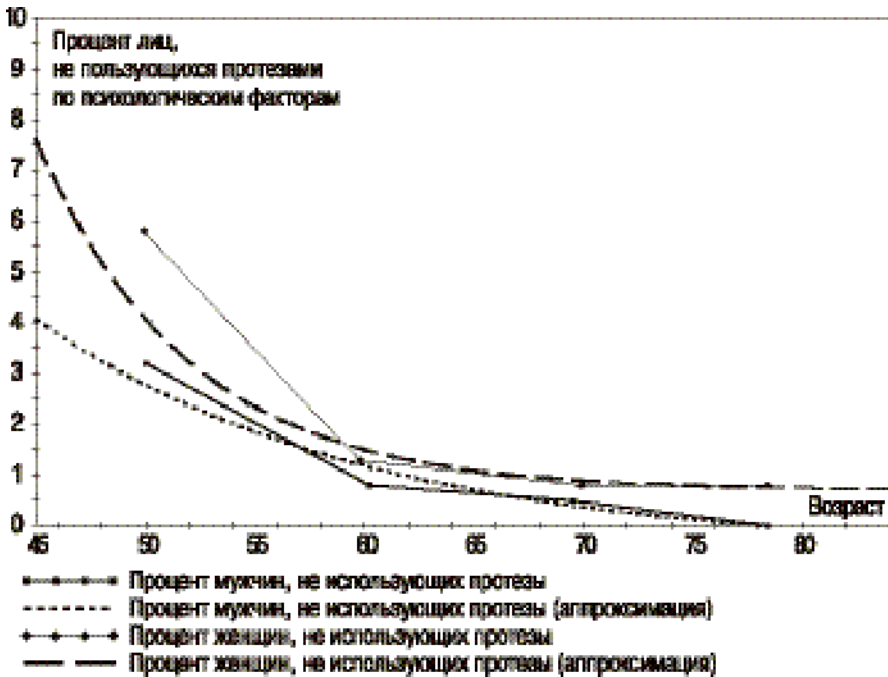


Рис. 5. Графическое изображение зависимости отказа больных от пользования протезами по психологическим факторам от календарного года.





**Рис. 6. Графическое изображение зависимости отказа больных от пользования протезами по психологическим факторам от возраста.**

Роль психологических факторов в неудовлетворительном протезировании больных с полным отсутствием зубов присутствовала у 34 (6,7%) пациентов. Среди них женщин - 70,6%, а мужчин - 29,4%.

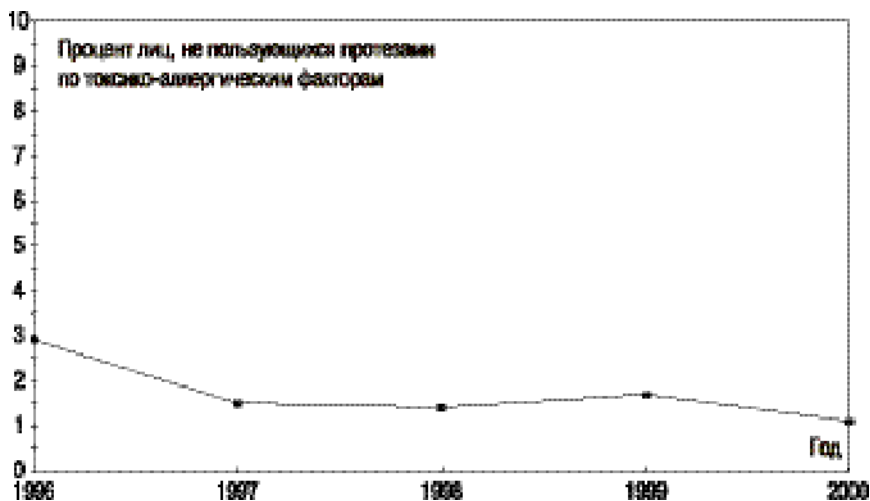
Деление психологической группы факторов на отдельные факторы, а именно, невозможность преодоления барьера к полным съемным протезам (73,5%) и зависимость удаchi протезирования от темперамента пациентов (26,5%) для нас была трудной задачей. В большинстве случаев мы пользовались консультациями психолога в определении темперамента больных.

При обследовании 34 больных с полным отсутствием зубов мы выявили, что врачи до и во время протезирования не проводили никакой психологической работы с ними.

С больными моложе 60 лет, особенно женского пола, необходимо проводить психотерапевтическую подготовку у врача-психотерапевта.

Количество отказов больных от пользования полными съемными протезами по психологическим факторам в зависимости от возраста, пола и календарного года изображено графически на рис.5 и 6.

По токсико-аллергическим факторам 30 (5,9%) пациентов с полным отсутст-



**Рис.7. Графическое изображение зависимости отказов пациентами от пользования протезами по токсико-аллергическим факторам и календарного года.**

вием зубов после протезирования перестали пользоваться полными съемными протезами. Среди них 60,0% с токсико-аллергическими стоматитами, 16,66% человек с протезными стоматитами механической и микробной этиологии, 13,33% пациента с аллергическими стоматитами замедленного типа и 10% больных с аллергической реакцией немедленного типа.

Дифференциальная диагностика токсических и аллергических стоматитов обычно затруднена. При аллергических стоматитах у больных в крови наблюдалась эозинофилия и увеличение титра IgE.

Женщины чаще отказываются от пластмассовых протезов из-за развития токсических и аллергических стоматитов.

Зависимость отказов больных от пользования протезами по токсико-аллергическим факторам от календарного года отражена графически на рис.7.

Таким образом, анализ причин неудовлетворительных результатов ортопедического лечения больных с полным отсутствием зубов позволил выявить основные факторы и систематизировать их в анатомо-физиологическую - 53,2 %, клинико-технологическую - 29,5 %, психологическую - 6,7 %, токсико-аллергическую - 5,9 % и комбинированную - 4,7 % группы.

Кроме того, анализ причин отказов от пользования полными съемными протезами показал - 57,93 % не смогли адаптироваться из-за резкой атрофии альвеолярных отростков беззубых челюстей, в том числе - 82,8 % с атрофией нижней челюсти и 17,2 % с атрофией верхней челюсти. По клинико-технологическим факторам 50,6 % больных не пользуются протезами из-за клинических и 49,4 %

---

лабораторных факторов. По психологическим факторам не пользуются протезами 70,6 % женщин и 29,4 % мужчин. Из токсико-аллергических факторов 60 % больных не пользуются полными съемными протезами из-за развития токсико-химических, 16,66 % травматических и 13,33 % аллергических стоматитов.

## **ЛИМФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ**

**Саранчина Э.Б., Горчаков В.Н., Олесова В.Н., Логинов А.Г.**

*Российская Федерация, г.Новосибирск, ГУ НИИ клинической и экспериментальной лимфологии СО РАМН, Государственная медицинская академия, г.Москва, Центральная стоматологическая поликлиника ФУ "Медбиоэкстрем"*

По данным ВОЗ, частичное отсутствие зубов охватывает до 75% населения различных регионов земного шара. Одним из перспективных подходов к "окклюзионной реабилитации" пациентов, страдающих различными формами отсутствия зубов, является метод дентальной имплантации. Имплантаты с эффектом памяти формы на основе никелида титана - класс уникальных материалов, наиболее полно удовлетворяющих современным конструкционным требованиям. Но исследования последних лет показывают, что применение внутрикостных имплантатов не всегда дает стойкий и гарантированный результат (Матвеева А.И., 1996-2000).

В реализации взаимодействия имплантата и периимплантатных тканей важная роль принадлежит лимфатической системе. Согласно концепции лимфатического региона, сформулированной Ю.И. Бородиным (1998; 2001), дренируемый орган и регионарный лимфатический узел находится не только в прямой, но и в обратной зависимости. Полагаем, что состояние периимплантатных тканей и регионарного лимфатического узла - взаимосвязанный и взаиморегулируемый процесс, их взаимодействие реализуется посредством рециркулирующих лимфоцитов. Изменения специализированных структур лимфатического узла позволяют оценить степень влияния сплава никелида титана или его индифферентность к тканям организма. Остается актуальной задача восстановления мощности и работоспособности лимфатической системы и вполне обоснованно стоит решение вопроса о применении лимфологических методов для реабилитации стоматологических больных. Не случаен выбор фитосредства "Лимфосан" - как наиболее отвечающее требованиям, обеспечивающим успех стоматологической имплантации.

В связи с этим целью настоящего исследования является морфофункциональное изучение регионарных лимфатических узлов с характеристикой энергетического метаболизма лимфоцитов периферической крови при эндооссальной

---

имплантации пористого никелида титана и в условиях коррекции лимфотропным фитокомплексом "Лимфосан".

Объектом исследования были правые поверхностные шейные лимфатические узлы по классификации Nikolas Tylney (1971) и лимфоциты периферической крови. В качестве экспериментальных животных выбраны белые крысы-самцы линии Вистар. Работа выполнена на 180 животных, которые были разделены на следующие группы. Для исследования в качестве экспериментальных животных были выбраны белые крысы-самцы линии Вистар. Работа выполнена на 180 животных, которые были разделены на следующие группы: 1 группа - ложнооперированные животные - служила контролем. "Ложная" операция заключалась в нанесении под эфирным наркозом разреза по переходной складке у основания альвеолярного отростка нижней челюсти в области моляров справа, отслаивании слизисто-надкостничного лоскута и препарировании костного ложа с последующим ушиванием раны; 2 группа - опытная группа с имплантацией в альвеолярный отросток нижней челюсти справа образцов пористого никелида титана марки ТН-10; 3 группа - животные с эндооссальной имплантацией образцов пористого никелида титана ТН-10 и введением в рацион питания БАД "Лимфосан" в дозе 0,1 г на 1 кг массы тела, ежедневно в течение 14 дней и повторением курса каждый месяц до завершения эксперимента. Сроки наблюдения течения постимплантационного периода 3, 7, 14, 30, 60 и 120 сутки выбраны с учетом рекомендаций G. Ballon (1961), Л.Д. Голая (1988). По окончании эксперимента забирались поверхностные лимфатические узлы для анатомо-гистологического исследования с окраской гистологических и полутонких срезов гематоксилином Майера и эозином, азур-II-эозином и толудиновым синим. Морфометрию структур лимфатического узла проводили методом точечного счета с помощью стандартной сетки (Автандилов Г.Г., 1990). Для оценки энергетического метаболизма лимфоцитов крови определяли количественным цитохимическим методом Р.П. Нарцисова активность ключевых ферментов аэробного и анаэробного гликолиза: СДГ (сукцинатдегидрогеназа), ЛДГ (лактатдегидрогеназа), ГФДГ (глицерофосфатдегидрогеназа).

Согласно концепции лимфатического региона, сформулированной Ю.И. Бородиным, (1998), дренируемый орган и регионарный лимфатический узел находится не только в прямой, но и в обратной связи. Лимфатическая система в целом и регионарный лимфатический узел, дренирующий тканевой регион, являются чувствительным индикатором среднего прессинга. По характерным изменениям специализированных структур лимфатического узла можно оценить возможное токсическое влияние сплава никелида титана или его индифферентность к тканям организма. На основании этого полагаем, что состояние перимплантатных тканей и регионарного лимфатического узла - взаимосвязанный и взаиморегулируемый процесс на уровне лимфатического региона, и их взаимо-

---

действие реализуется через посредство рециркулирующих лимфоцитов. Имплантация никелида титана небезразлична для структур лимфатического региона и сопровождается изменением как энергетического метаболизма лимфоцитов, так и структурной организации регионарных лимфатических узлов.

Активность окислительно-восстановительных ферментов при имплантации в условиях применения БАД "Лимфосан"

Особенности энергообеспечения лимфоцитов крови при имплантации в условиях применения БАД "Лимфосан" является сочетанное повышение активности ЛДГ и СДГ в сравнении с контролем. Применение БАД "Лимфосан" при экспериментальной имплантации никелида титана приводит к значительному повышению активности СДГ лимфоцитов крови в течении всего наблюдения. Пик активности СДГ наблюдается на 7 сутки: активность фермента выше контрольного в 2,5 раза и значения при имплантации никелида титана в 2 раза. С 14 по 120 сутки исследования активность фермента сохраняется стабильно высокой. Изменение активности ЛДГ в ходе исследования носит ступенчатый характер. На 7 сутки зарегистрирован пик активности, что в 1,5 раза выше значения при имплантации. В последующие сроки наблюдается ступенчатое снижение активности фермента. Уровень активности к концу эксперимента - на 120 сутки соответствует и достоверно не отличается от активности фермента в начале наблюдения на 3 сутки, соответствует значению при имплантации и в 1,4 раза выше контрольного значения. ?-ГФДГ-цитоплазматическая, также как и ЛДГ, первично связана с гликолизом. Изменение динамики фермента носит сложный характер. Характерно, что начало и завершение эксперимента - 3 и 120 сутки - характеризуются одинаковым уровнем активности фермента и соответствуют контрольному значению. Однако, к 120 суткам активность фермента в 1,3 раза ниже значения при имплантации, но соответствует контрольному значению. В ходе всего исследования наблюдается ступенчатое повышение активности фермента. Максимальное значение отмечено на 60 сутки, что превышает контрольное значение в 1,5 раза и контрольное значение - в 1,1 раза. В популяции преобладают средние и высокоактивные лимфоциты. Изменение активности фермента ?-ГФДГ-митохондриальной носит волнообразный (фазовый) характер. Изначально активность достоверно не отличается от контрольного значения и значения при имплантации. 7, 30 и 120 сутки - периоды повышения активности фермента, причем пик активности приходится на 7 сутки ( $46,2 \pm 1,36$ ), что превышает значение при имплантации в 1,2 раза и в 1,3 раза контрольное значение. На 14, 30 и 120 сутки активность достоверно не отличается от значения при имплантации и в 1,1 раза выше контрольного значения и составляет  $46,5 \pm 1,09$ . На 120 сутки значение не отличается от значения при имплантации и в 1,2 раза выше контрольных цифр.

---

---

Применение БАД "Лимфосан" вызывает повышение активности окислительно-восстановительных ферментов, что свидетельствует об увеличении интенсивности энергетических процессов в митохондриях лимфоцитов и о возрастающей координирующей роли компонентов  $\beta$ -глицерофосфатного шунта. При этом БАД "Лимфосан" обеспечивает более быстрое восстановление процессов аэробного окисления при имплантации. Детальный анализ активности дегидрогеназ показал, что подобное активирование структурно-функциональной единицы лимфоидной ткани свидетельствует о корригирующих, и протективных возможностях "Лимфосана" в условиях экспериментальной имплантации никелида титана.

Структурно-функциональные преобразования лимфатического узла при имплантации никелида титана в условиях коррекции БАД "Лимфосан"

В ранний постимплантационный период следует отметить повышение функциональной активности регионарного лимфатического узла в условиях коррекции БАД "Лимфосан". Внутриузловые изменения касаются интенсивного развития лимфоидных узелков и светлых центров (на 3 сутки их площадь увеличивается в 2 раза относительно группы с имплантацией и в 1,8 раза относительно контроля; на 14 сутки - в 1,5 раза); площади паракортекса, которая к 7 суткам увеличивается в 2,5 раза относительно группы с имплантацией и соответствует нижней границе контрольного значения; а к 14 суткам - в 1,7 раза (в 1,5 раза относительно контроля). Увеличивается и площадь мозгового вещества на 3 сутки - в 1,5 раза относительно группы с имплантацией и в 1,8 раза относительно контроля. Это свидетельствует об усилении лимфоцитопоэтической и иммунной функций лимфоузла и . как свидетельство проявления лимфотропных свойств БАД "Лимфосан" и повышения иммунного потенциала лимфатического узла. В поздний постимплантационный период от 14 суток до 120 суток применение БАД "Лимфосан" приводит к восстановлению морфометрических показателей структурно-функциональных зон до контрольных значений. Полагаем, что введение БАД "Лимфосан" нивелирует эффект действия никелида титана, что снижает токсическую нагрузку на лимфатический регион. Анализ динамики морфотипа позволяет говорить о стабильности его структуры в ходе применения БАД "Лимфосан", что определяет новый уровень работы лимфоузла в условиях имплантации никелида титана и отражает новый уровень репаративных процессов периимплантатных тканей, необходимых для обеспечения долгосрочной состоятельности и эффективность имплантации.

Таким образом, имплантат, лимфоциты, лимфатический узел рассматриваются как взаимосвязанные элементы детерминации структурного гомеостаза на уровне лимфатического региона, а применение лимфотропного фитокомплекса "Лимфосан" как адресное воздействие на структуры лимфатического региона. Вполне обоснованно использование БАД "Лимфосан" как средство профи-

---

лактики и средство фоновой терапии на реабилитационном этапе в стоматологии. Повышение протективно-детоксикационного потенциала структур лимфатической системы - актуальная задача, обеспечивающая санацию эндоекологического пространства и обеспечивающая успех стоматологической имплантации.

## **ПОЛУЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СЛЕПКА С ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ ПОСЛЕ ПОЛНОЙ УТРАТЫ ЗУБОВ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА**

**Свирин Б.В.**

*г. Москва, Институт повышения квалификации ФУ "Медбиоэкстрем", кафедра клинической стоматологии и имплантологии*

В современной ортопедической стоматологии проблема протезирования больных после полной утраты зубов на верхней и нижней челюстях является актуальной, так как фиксация протезов на беззубых челюстях при резких степенях атрофии альвеолярного отростка и альвеолярной части, при наличии костных выступов, подбородочно-язычном возвышении, экстозах и других неблагоприятных анатомо-топографических условиях чрезвычайно затруднена.

По данным ВОЗ от 20 до 26% больных вообще не пользуются изготовленными протезами, 37% больных вынуждены приспосабливаться к некачественным протезам. В 52% случаев протезы не фиксируются при жевании, у 65% больных из-за пользования некачественными протезами развиваются различные заболевания слизистой оболочки протезного ложа.

Нами разработана методика получения слепков, которая обеспечивает избирательную нагрузку на отдельные участки протезного ложа в зависимости от их функциональной выносливости.

Получение предварительных слепков и моделей для изготовления индивидуальных ложек

При снятии предварительного слепка стандартными металлическими ложками не всегда удается получить слепок с четким отображением границ протезного ложа и, в частности, зоны перехода податливой слизистой оболочки в подвижную. Такой анатомический слепок дает ориентировочные границы протезного ложа и очень часто приводит к смещению мышц и растяжению мягких тканей, а также усложняет и без того трудоемкую и длительную работу по припасовке индивидуальных ложек.

---

Для получения предварительных слепков необходимо изготовить индивидуальные восковые ложки непосредственно в полости рта больного.

Наружную язычную поверхность ложки на нижнюю челюсть необходимо утолстить воском, а с внутренней поверхности по месту прикрепления *m. mylohyoideus* удалить 1" 1,5 мм воска для свободного движения *m. mylohyoideus*, однако, слой воска не снимается с той части внутренней поверхности ложки, которая соответствует безмышечному треугольнику - зона позади челюстно - подъязычной мышцы (*regio retromylohyoideus*).

На окклюзионных поверхностях ложек формируют окклюзионные валики соответственно середине альвеолярного гребня.

В области подвижных тканей альвеолярного отростка и альвеолярной части делают перфорационные отверстия для выхода излишков слепочной массы.

На верхней челюсти в области слизисто-железистой зоны (так называемая линия "А") в большинстве случаев слизистая оболочка имеет значительную податливость, поэтому функциональное оформление ее при снятии слепка способствует созданию клапана и лучшей фиксации протеза.

Для этого на дистальный участок ложки накладывают восковую полоску (целесообразно использовать различные термопластические и эластические материалы), и, слегка размягчив ее, вводят ложку в полость рта и формируют под давлением прикуса с помощью функциональных проб.

Края ложек во всех отделах клапанной зоны формируются с помощью умеренных функциональных проб, после чего укорачиваются на 1 - 1,5 мм и окантовываются лейкопластырем.

После изготовления индивидуальных ложек с окклюзионными валиками приступаем к определению центрального соотношения челюстей.

Главным и определяющим при восстановлении межальвеолярного расстояния должны явиться данные, полученные с помощью функциональных проб, основанных, в частности, на знании особенностей речевой артикуляции. Исходя из этого, мы подчеркиваем важность использования при определении центрального соотношения челюстей фонетических проб (речевая функция) и акта глотания, то есть функций, наиболее хорошо сохраняющихся вне зависимости от того, сохранились у больного зубы или отсутствуют.

Межальвеолярное расстояние определяется врожденным эндогенным постоянством положения покоя и необходим не только для свободы глотания, но и свободы жевания и речи.

Получение слепков под давлением прикуса более целесообразно, так как слизистая оболочка протезного ложа отображается при функциональной нагрузке, тогда как при пальцевом давлении трудно рассчитать силу и обеспечить равномерное давление.

Пациента просят произвести минимальные движения языком: поднять язык и



---

коснуться им реццового сосочка, чтобы высвободить уздечку языка; выдвинуть язык вперед, при этом происходят подъем полости рта и фиксируется действие *m.genioglossus*. Затем пациент выполняет глотательные движения для оформления дистального края язычной поверхности слепка, при этом отображается и активность всей мышечной системы в данном участке. Ложка не должна просматриваться через слепочную массу в области *m.mylohyoideus*, так как сила смещения протеза в данном участке очень велика.

Подготовка предварительных моделей и изготовление индивидуальных пластмассовых ложек

Предварительная модель тщательно исследуется до изготовления ложки.

Мягким простым карандашом отмечают следующие анатомические образования: реццовый сосочек, небные ямки, торус, верхнечелюстные бугры, гребень альвеолярного отростка, а при его атрофии - гребень челюсти. Далее гибкой миллиметровой линейкой проводят среднюю линию, проходящую соответственно небному шву, середине реццового сосочка и между небными арками. Средняя линия должна быть продолжена на цоколь модели спереди и сзади.

На гипсовой модели нижней челюсти очерчивают контуры челюстно-подъязычного гребня и слизистого альвеолярного бугорка, отмечают проекцию середины гребня альвеолярной части. Далее проводят среднюю линию нижней челюсти; спереди на модели она проходит через проекцию нижнечелюстной ости, сзади - соответственно середине расстояния между позадиомолярными бугорками. Затем среднюю линию спереди и сзади продлевают на цоколь модели. На модели нижней челюсти целесообразно нанести еще две линии, соответствующие сторонам треугольника Паунда.

Границы индивидуальной ложки очерчиваются карандашом на модели и включают поверхность, соответствующую подъязычному пространству и безмышечному треугольнику. Таким образом, ложка по внутреннему краю будет волнообразной формы с удлиненным краем в области бывших 4,5 зубов и дистальной части.

Участок гипсовой модели, соответствующий безмышечному треугольнику, покрывается тонким слоем воска с таким расчетом, чтобы это место хорошо отображалось слепочной массой. Язычная поверхность ложки должна быть толщиной до 4 мм с тем, чтобы можно было уменьшить внутреннюю ее часть, если появится дополнительная необходимость для свободного движения *m.mylohyoideus*. Позади *m.mylohyoideus* язычная поверхность ложки немного утончается и переходит дистально в безмышечный треугольник. На предварительной модели в местах, где требуется разгрузка слизистой оболочки, прокладывают фольгу.

Получение окончательных или "рабочих" слепков.

Важным условием для достижения надежной фиксации и стабилизации про-

---

тезов на беззубых челюстях, а отсюда комфортности больного является получение "рабочей" модели, точно отображающей макро- и микрорельеф протезного ложа и, особенно, его границы. Окончательный слепок получается путем использования функциональных проб различной амплитуды, в зависимости от степени атрофии альвеолярного отростка и альвеолярной части, с минимальным давлением.

На окклюзионной поверхности ложек формируют окклюзионные восковые валики так же, как и на восковых ложках.

После припасовки ложек и функционального оформления их краев переопределяют центральное соотношение челюстей. Затем снимаются диагностические слепки, которые помогают скорректировать длину краев индивидуальных ложек, топографию уздечек, щечно-десневых тяжей и выявить зоны повышенного давления, которые устраняются фрезой перед наложением уточняющего слоя. При снятии окончательного слепка используют эвгенолоксиноцинковые пасты, эластические и термопластические массы. На внутреннюю поверхность ложки наносится слепочная масса и ложку вводят в полость рта больного. По истечению 20-30 секунд, когда слепочный материал достиг нужной вязкости, больного просят выдвинуть язык немного вперед, чтобы выявить уздечку языка и зафиксировать сокращение *m.genioglossus* и *m.mylohyoideus*. Движения языка придают искомую форму всему оральному краю слепка. Затем больного просят проглотить слюну, с тем, чтобы нижняя челюсть заняла положение в состоянии физиологического покоя. Глотательные движения повторяются 3-4 раза с интервалом в 20 секунд. Эти движения приводят в действие всю мышечную систему, которая находится в непосредственной связи с протезами.

**Заключение.**

На основании изучения клинических и анатомических особенностей протезного ложа верхней и нижней челюстей после полной утраты зубов, обусловленной заболеваниями пародонта, нами разработана методика получения функциональных слепков, которая обеспечивает избирательную нагрузку на отдельные участки протезного ложа в зависимости от их функциональной выносливости.

В каждом конкретном случае при ортопедическом лечении больных после полной утраты зубов на челюстях необходимо тщательно оценивать: анатомо-топографические особенности протезного ложа, выраженность альвеолярного отростка и альвеолярной части, их форму, соответствие степени атрофии альвеолярного отростка и альвеолярной части, податливость и увлажненность слизистой оболочки протезного ложа, ее болевую чувствительность, места прикрепления мышц, их функциональную активность и топографию переходной складки.

---

## СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

**Цепов Л.М.**

*г. Смоленск, медицинская академия*

В наши дни наиболее полно подтверждена и обоснована мультифакториальная модель возникновения воспалительных заболеваний пародонта (гингивита и пародонтита) со значительно выраженным микробным и воспалительно-иммунным компонентами их патогенеза. Вместе с тем, хронический генерализованный пародонтит (ХГП) нельзя напрямую связывать с бактериемией и/или инвазией микробов в пародонтальный комплекс. Здравый смысл подсказывает, что в условиях постоянного контакта человека с собственными бактериями полости рта последние должны "уметь" не только активизировать фагоцитирующие клетки хозяина - системы нейтрофилов и системы макрофага (этой авангардной линии антимикробной защиты), но и продуцировать вещества, способные гасить воспалительные реакции в пародонте.

Установлено, что патоморфологической основой ХГП являются: торпидно текущее воспаление десны, разрушение зубодесневого соединения, деструкция периодонта и кости альвеолы вплоть до резорбции костной ткани альвеолярного отростка, разрастание грануляционной ткани, пронизанной тяжами многослойного плоского эпителия.

Тем не менее, в пародонтологии до сих пор:

не выработана стратегическая концепция этиологии и патогенеза основных заболеваний пародонта, особенно адекватные их начальным стадиям. При этом не совсем ясно, как микрофлора полости рта (если ее считать "первопричиной" гингивита) на начальном этапе заболевания преодолевает естественные механические, химические и биологические барьеры слизистой оболочки рта, десневого желобка;

нет четкой дифференциации роли "общих" и "местных" факторов в развитии болезней пародонта;

не определено отношение врачей-стоматологов к таким понятиям как "здоровье", "норма", "патология" в стоматологии;

не изучены генетические аспекты основных заболеваний пародонта (т.е не произведена их "инвентаризация" по нозологическому принципу; не дана расшифровка патогенеза на молекулярно-генетическом уровне; не осуществлено выявление причин клинического полиморфизма; не дано определение фармакогенетических особенностей медикаментозной терапии, в том числе и с применением антибиотиков;

не выявлена возможная роль апоптоза лимфоидных клеток инфильтратов

---

десны в патогенезе хронических воспалительных заболеваний пародонта;  
еще далеко не понятны причины (в том числе и генетического характера), обуславливающие хронизацию воспаления пародонта;

не установлены факторы, препятствующие созреванию грануляционной ткани в пародонтальном кармане (т.е. противодействующие образованию рубца);

не изучены механизмы, тормозящие репарацию утраченных в ходе указанного патологического процесса компонентов пародонтального комплекса (в частности, периодонта, костной ткани);

не реализуется декларируемая в течение многих лет профилактическая направленность деятельности стоматологических учреждений.

Мы полагаем, что причинами неоптимального взаимодействия (на примере ХГП) в "круговой системе" "стоматолог (пародонтолог) > больной с патологией пародонта > лечение (профилактика, реабилитация)" является следующий комплекс факторов:

А. Субъективные, зависящие от врача:

консерватизм пристрастий к "традиционным" препаратам (например, растворам различных антисептиков для полосканий полости рта) и разнообразным "традиционным" манипуляциям (удалению "зубных" отложений, чистке зубов и т.д.);

односторонняя (нередко - предвзятая, рекламная) трактовка "эффективности" многообразных, особенно рекламируемых в СМИ, парамедицинских и немедицинских "способов лечения";

длительность (растянутость) курсов терапии ХГП;

отсутствие должной квалификации врача-стоматолога (пародонтолога) и ошибочный диагноз вследствие недооценки врачом клинических и параклинических данных, полученных при обследовании больного;

неопределенность в сроках начала и "окончания" лечения больного ХГП, проведении курсов "поддерживающей" терапии;

отсутствие плана лечения и/или проведение терапии заболевания без учета индивидуальных особенностей пациента;

отсутствие взаимодействия с врачами-интернистами и коллегами-стоматологами при составлении плана лечения и его реализации;

игнорирование жалоб больных на состояние пародонта в начальной стадии заболевания (например, на кровоточивость десен при гингивите), наиболее благоприятной для лечения;

недостаточное (неполноценное) устранение "местных раздражающих" факторов, поддерживающих воспалительные явления в пародонте;

злоупотребление "сильными" антисептиками, применение прижигающих средств;

упование на "панацею" только из одних медикаментозных средств и игнорирование целесообразности комплексной терапии ХГП;

---

неадекватное, несвоевременное ортопедическое и хирургическое лечение (избирательное пришлифовывание зубов, кюретаж, лоскутная операция и др.) и неправильное ведение больного в послеоперационном периоде;

игнорирование медицинского просвещения населения по проблемам "заболеваний десен" и диспансеризации хотя бы отдельных контингентов населения;

консервативное лечение терминальных стадий ХГП (например, сохранение зубов при наличии абсолютных показаний к их удалению);

ориентация на "лечение болезней пародонта", а не предотвращение их развития и укрепление здоровья пациентов;

неудовлетворенность небольшими положительными изменениями в обнаружении и устранении факторов риска возникновения и развития заболеваний пародонта у пациентов;

неосознанность выгод, связанных с укреплением здоровья населения.

Б. Субъективные, зависящие от больного:

невыполнение лечебных назначений и рекомендаций врача-стоматолога;

нерегулярное посещение пародонтологического (стоматологического) кабинета для реализации плана лечения;

несоблюдение индивидуальной гигиены полости рта;

ложная уверенность и убежденность в том, что лечение ХГП должно проводиться только в лечебном учреждении и только тогда, когда туда явится пациент.

В. Обусловленные объективными причинами "общего" порядка:

фрагментарность сведений из литературы, несоответствие рекламируемого и реального эффектов препаратов, средств, способов воздействия на пораженный пародонт;

несоответствие между теоретически "ожидаемым" механизмом действия препарата или эффективности применения способа лечения и его реальным эффектом в условиях амбулаторной деятельности врача-стоматолога;

невозможность полноценной реализации рекомендаций, выработанных в элитных (ведущих) стоматологических учреждениях и клиниках вузов;

высокая стоимость лечения;

недостаточная материально-техническая оснащенность стоматологического учреждения;

слабая законодательная и нормативная база;

недоступность для рядового врача-стоматолога из-за финансовых проблем полноценной информации о достижениях в пародонтологии;

несоответствие рекомендаций по комплексной терапии ХГП, основанных на большом статистическом материале, принципам ведения конкретного больного;

---

---

невозможность объективного определения эффективности проводимой терапии;

трудности выявления причины заболевания и его патогенеза;

наличие у пациента сопутствующей (фоновой) патологии;

отсутствие стандартов лечения ХГП и оценки его эффективности;

отсутствие диспансеризации населения и четкой организации пародонтологической помощи как на федеральном, так и на региональном уровнях;

отсутствие финансовых стимулов для врачей-стоматологов и их помощников (гигиенистов стоматологических), занимающихся профилактикой заболеваний пародонта в учреждениях здравоохранения;

недостаточность знаний и навыков по организации работы с населением за пределами стоматологической поликлиники;

слабая инициатива снизу, ожидание указаний сверху, наличие "синдрома начальника" ("начальник всегда прав").

Мы предлагаем:

внедрить в практику федеральную и/или региональные программы, предусматривающие улучшение подготовки студентов, интернов, врачей, клинических ординаторов по вопросам профилактики и лечения заболеваний пародонта;

разработать научно обоснованную классификацию заболеваний пародонта; усовершенствовать методы определения степени прогрессирования патологического процесса в пародонте;

идентифицировать с научных позиций факторы риска возникновения и развития воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта;

установить клинические критерии перехода гингивита в пародонтит;

выработать стандарты обследования больных, диагностики и лечения основных заболеваний пародонта на разных уровнях (этапах) оказания пародонтологической помощи больным;

выработать научно обоснованную концепцию и перечень первоочередных мероприятий по совершенствованию пародонтологической службы в новых социально-экономических условиях на основании изучения факторов, определяющих особенности их развития;

перейти, наконец, от декларируемой "профилактики" болезней пародонта к их практической реализации;

внедрить в стоматологических учреждениях трехуровневую модель организации пародонтологической помощи;

на уровне Минздрава РФ решить вопрос о введении в номенклатуру врачебных специальностей в стоматологии врача-пародонтолога.

---

# СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ПОСТАНОВКИ ЗУБОВ В ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗАХ, УКРЕПЛЕННЫХ НА ВНУТРИ КОСТНЫХ ИМПЛАНТАТАХ

**Шарипов И.С.**

*г.Казань, Городская поликлиника № 14*

Дентальная имплантология в практике современной стоматологии прочно занимает достойное место наряду с другими общеизвестными методами лечения. Протезирование с использованием имплантатов предполагает решение сложных биомеханических, биофизических, технологических проблем. В последнее время биомеханика определилась в отдельный раздел имплантологии. Дальнейшие исследования направлены на оптимизацию распределения жевательной нагрузки, создание биомеханической совместимости имплантатной системы и кости. Биомеханические закономерности используются не только как теоретическая база для изучения взаимоотношений имплантата и окружающего его тканей, но и для решения практических задач, таких как выбор материала, конструкции имплантатов и протезов, постановка диагноза и планирование лечения каждого конкретного пациента.

Особенно актуальна ситуация, когда используются имплантаты при ортопедическом лечении беззубых челюстей. Проблема протезирования беззубой нижней челюсти до сегодняшнего дня не решена окончательно. Для улучшения фиксации и стабилизации съемных протезов применяются внутрикостные имплантаты. В связи с этим появляется вопрос о выборе оптимальной окклюзионной схемы полного съемного протеза, опирающегося на имплантаты.

Вышеизложенное определило цель и задачи исследования.

Для проведения исследований была создана точная геометрическая модель беззубой челюсти с двумя интегрированными цилиндрическими имплантатами в области 3|3 зубов. Полные съемные протезы с изменяющейся окклюзионной поверхностью фиксировались на имплантатах по балочной системе крепления. Имитировались два вида постановки зубов по теории балансирования (ТБ) и по сферической теории (СТ). Создание модели проводилось в компьютерной программе Autodesk Mechanical Desktop. Размеры зубов, имплантатов, протезов и объемы костных тканей повторяли их соотношение в реальности.

Для получения научно обоснованных значений, необходимых при постановке расчетной задачи нагружения математических моделей, использовался метод гнатодинамометрии. Нами был создан гнатодинамометр собственной конструкции, в котором в качестве чувствительного элемента использовались тензодатчики. Всего обследовано и проведено измерений у 27 человек с интакт-

---

ными зубными рядами, из них 15 мужчин и 12 женщин.

Построив модель, задавались физико-механические характеристики различных частей модели (Таблица 1).

**Таблица 1.**

**Физико-механические характеристики модели.**

Материал	Модуль упругости (МПа)	Коэффициент Пуассона
1. Пластмасса	12000	0,3
2. Кортикальная кость	15000	0,3
3. Губчатая кость	1500	0,3
4. Балка (КХС)	200000	0,3
5. Имплантат (титан)	110000	0,35
6. Слизистая оболочка	10	0,4

При проведении исследований были приложены нагрузки в центральной, передней и боковой окклюзиях. В боковой окклюзии нагружались рабочая и балансирующая стороны. Силы нагружения представлены в таблице 2.

**Таблица 2.**

Окклюзия	1 сегмент	2 сегмент	3 сегмент	4 сегмент
Центральная	151 Н	151 Н	151 Н	151 Н
Передняя	83,5 Н	107 Н	-	-
Боковая на рабочей стороне	-	-	150 Н	215 Н
Боковая на балансирующей	-	-	75 Н	107 Н

Нами предложен сегментарный принцип нагружения. Каждый сегмент соответствует группе зубов: 1 сегмент - резцы; 2 сегмент - клыки; 3 сегмент - премоляры, 4 сегмент - моляры. Нагрузка прикладывалась отдельно на каждый зуб на режущую или жевательную поверхность перпендикулярно к окклюзионной поверхности сегмента.

Так как модель отличается сложной геометрией и наличием большого количества материалов с сильно различающимися свойствами, получение аналитического решения данной задачи не представляется возможным. В связи с этим в работе использовался современный численный метод - метод конечных элементов, который получил широкое распространение в последнее время при проведении расчетов на прочность из-за своей универсальности. Математическое моделирование и расчет напряженно-деформированного состояния проводили с использованием соотношений теории упругости для схемы объемного напряженного состояния. Материал различных компонентов модели представлял собой сплошную однородную среду. Деформации считались малыми. Разработку конечно-элементных моделей и получение расчетных результатов распределения напряжений проводили с использованием программы Design Space ANSYS.

Результаты расчетов представлены в виде рисунков, на которых изображены картины распределения эквивалентных напряжений в Па (Паскалях). Модели состояли из 5000 полигональных конечных элементов.

---



---

Картины эквивалентных напряжений рассматривались в протезе, балке, имплантатах, кости при постановке зубов по ТБ и СТ. Оптимальным распределением нагрузок считали такие, при которых не возникали критические напряжения в элементах системы, приводящие к ее разрушению.

Изучение проводили в центральной, боковой и передней окклюзии.

В центральной окклюзии была следующая картина распределения напряжений. В протезе максимальные напряжения отмечаются во фронтальных зубах, минимальные напряжения - в базисе и жевательных зубах. Это связано, видимо, с площадью фронтальных и жевательных зубов. В протезе с постановкой зубов по СТ значения напряжений (123 МПа) больше, чем с постановкой зубов по ТБ (81 МПа). В протезе с постановкой по ТБ напряжения носят более распространенный характер, захватывая базис.

В балке напряжения появляются по центру и в местах крепления к имплантатам. Значения напряжений в балке при постановке зубов по СТ (76 кПа) больше, чем при постановке зубов по ТБ (26 кПа). Характер распределения напряжений при первой постановке зубов локализованный. При второй - разлитой. В имплантатах место локализации напряжений - область шейки. Значения напряжений больше при постановке зубов по СТ, но они малы (43 кПа). В кортикальной кости напряжения концентрируются в пришеечной зоне и постепенно гасятся к губчатой кости. Максимальные значения больше при постановке зубов по СТ, но они малы (3,5 кПа). В губчатой кости напряжения концентрируются в области дна имплантата. Значения напряжений больше при постановке зубов по СТ, но они малы (1,9 кПа). Опираясь на эти данные, мы видим, что в центральной окклюзии напряжения гасятся в основном в протезе. Незначительные напряжения появляются в балке и пренебрежительно малые напряжения в имплантатах и кости.

В боковой окклюзии результаты рассматривались в сравнении на рабочей и балансирующей сторонах. Максимальные напряжения в протезе отмечаются в местах приложения нагрузки - премолярах и молярах, которые переходят в базис, доходя до протезного ложа, в отличие от центральной окклюзии - отличительной особенностью постановки зубов по ТБ является большая площадь распространения напряжений. При сравнении напряжений на разных сторонах видно, что при постановке по ТБ максимальные значения на рабочей стороне больше примерно в 2,6 раза, чем на балансирующей, а при постановке зубов по СТ разница этих значений - в 2 раза.

В балке зоны концентрации напряжений находятся по центру балки и в местах крепления к имплантатам, при постановке зубов по ТБ они захватывают большую площадь. При сравнении обеих постановок по значениям на рабочей и балансирующей сторонах видно, что при постановке зубов по СТ напряжения распределяются симметрично на обеих сторонах (по 79,7 МПа). При постановке

---

ке зубов по ТБ на рабочей стороне напряжения равны 95,8 МПа, на балансирующей 82,1 МПа. Такое же распределение напряжений в имплантатах и кости. В имплантатах при постановке зубов по ТБ на рабочей стороне максимальные напряжения достигают 9,5 МПа, на балансирующей 4,3 МПа, при постановке зубов по СТ на обеих сторонах - по 4,2 МПа. В кортикальном слое кости при постановке зубов по ТБ на рабочей стороне максимальные напряжения равны 9,0 МПа, на балансирующей 6,7 МПа, при постановке зубов по СТ на обеих сторонах - по 4,7 МПа. В губчатом слое кости при постановке зубов по ТБ на рабочей стороне 4,5 МПа, на балансирующей - 2,2 МПа, при постановке зубов по СТ на обеих сторонах - по 1,9 МПа. Основываясь на этих результатах можно отметить, что при постановке зубов по СТ идет выравнивание концентрации напряжений на рабочей и балансирующей сторонах в самой опасной зоне - в области имплантатов и костной ткани, при этом значения напряжений меньше, чем при постановке зубов по ТБ. Значения напряжений в кортикальной кости при постановке зубов по ТБ превышают критические величины по M.R.Riger, в отличие от постановки зубов по СТ. В губчатой кости при постановке зубов по ТБ на рабочей стороне значения близки к критическим, но меньше их, на балансирующей близки к оптимальным, при постановке зубов по СТ на обеих сторонах значения близки к тем величинам, когда отмечается наибольший рост кости.

Характер распределения напряжений в передней окклюзии сходен с таковыми в центральной окклюзии, только максимальные значения при этом меньше. В протезе напряжения концентрируются во фронтальных зубах. Максимальные значения при постановке зубов по СТ (68МПа) больше, чем при постановке зубов по ТБ (56 МПа). Максимальные напряжения локализуются в балке по центру и в местах крепления к имплантатам, в имплантатах - в области шейки, в кортикальном слое кости - в пришеечной зоне имплантата, в губчатом слое кости - в области дна имплантата. Напряжения имеют в этих слоях малые значения.

На основе полученных результатов можно сделать вывод, что при протезировании беззубых больных с помощью имплантатов, выполняющих функцию опоры для съемных протезов, желательно выбрать метод конструирования искусственного зубного ряда по сферической теории.

---

## КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЕ ОБОСНОВАНИЕ АНОДНОЙ СТЕРИЛИЗАЦИИ ПРИ ЭНДОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ

**Эстров Е.А., Белова Н.М., Ушаков Р.В., Царев В.Н., Очиров Е.А.**

*Кафедра стоматологии РМАПО*

Антибактериальная санация корневых каналов является одной из важных задач эндодонтического лечения и оказывает существенное влияние на его результаты. Несмотря на то, что тщательная химическая и механическая обработка saniрует систему каналов, имеются данные, что апикальная дельта, боковые ответвления, слепые ходы остаются инфицированными. Решающим является то, что эти участки корневой системы недоступны для инструментальной обработки и защитных механизмов организма. Наряду с классическими методами стерилизации корневой системы (инструментальная обработка, ирригация с применением антисептиков и антибиотиков), используются физические факторы, такие как лазер, ультразвук. Бернардом в 1951 году был предложен метод анодгальванизации (ОН-электрофорез). Этот способ основывается на антимикробном действии ОН ионов, образующихся при диссоциации хлорида натрия, всегда присутствующего в содержимом корневых каналов.

В нашей работе мы использовали метод анодной стерилизации- стерилизации инфицированных каналов прямым током. Работа проводилась с помощью многофункционального аппарата "Эндозст", разработанного отечественной фирмой "Геософт Про".

Работа состояла из экспериментальной части с использованием инфекционной модели пульпита и периодонтита (Р.В.Ушаков, В.Н.Царев,2002) и клинической. При проведении эксперимента определяли уровни изменения рН в корневом канале, в проекции корня и в области расположения катода, по изменению окраски индикатора внесенного в питательную среду, в которой располагался зуб. Кроме этого изучали влияние анод-стерилизации на микрофлору корневого канала и антибактериальный эффект в периапикальной области.

Под наблюдением находилось 18 больных в возрасте от 25 до 40 лет. Хронический гангренозный пульпит был диагностирован у 12 больных, 6 пациента проходили лечение с диагнозом хронический гранулирующий периодонтит.

Лечение начинали с раскрытия полости зуба, далее проводилась инструментальная обработка корневых каналов. Хемомеханическая обработка сочеталась с ирригацией системы корневых каналов 3% раствором гипохлорита натрия. Апикальная треть канала расширялась минимум до 25-30 размера ИСО.

После завершения инструментальной обработки, перед пломбированием, проводился сеанс анодной стерилизации. В качестве активного электрода в канал под-

ключается анод. Как правило, значение лечебного тока находится в интервале от 0,7-2 мА. Процедура анодной стерилизации начинается автоматически, после установления "лечебного тока". Далее происходит автоматический набор дозы. 100% доза соответствует количеству электричества, равному 10 мА /мин. В качестве электролита использовали физиологический раствор. После завершения анодной стерилизации корневые каналы пломбировались методом латеральной конденсации холодной гуттаперчи. В качестве корневого цемента использовали АН-плюс.

Установлено, что в эксперименте уже при использовании тока 1 мА в течение 5 минут происходит изменение pH в кислую сторону от исходной в области анода.. Зона повышенной кислотности в питательной среде, в виде узкой полоски, располагалась по длине корня зуба и резко увеличивалась в апикальной области (до 3-5 мм в диаметре) за счет выделения гидроксильных ионов хлора. По-видимому, эти ионы обуславливают и определенный антибактериальный эффект метода. Об этом свидетельствуют данные бактериологического исследования *in vitro*. При использовании прямого тока на участке питательной среды, предварительно засеянной тест-микробами (*Streptococcus mutans* и *Fusobacterium nucleatum*) в области анода роста микроорганизмов не происходило. Увеличение микроорганизмов в корневом канале при проведении анод-стерилизации в эксперименте не наблюдалось, однако при увеличении тока до 2-2,5 мА в течение 5 минут происходило уменьшение количества жизнеспособных микробных клеток.

Более полные данные получены при изучении влияния метода *in vivo*. При проведении бактериологического исследования установлено, что после проведения анод-стерилизации снижается общая обсемененность и уменьшается количество видов бактерий корневого канала (таб.1)

Таблица 1 Характеристика микрофлоры корневого канала при проведении анод-стерилизации

Вид бактерий	Индекс частоты	Обсеменённость на (гКОЕ/мл	Обсеменённость на (гКОЕ/мл
		смыва) до лечения	смыва) после лечения
<i>Streptococcus sanguis</i>	0,75	5,0±0,23	3,0±0,20
<i>Streptococcus inter- medius</i>	0,75	5,2±0,24	4,0±0,25
<i>Streptococcus mitis</i>	0,56	4,3±0,25	3,2±0,25
<i>Streptococcus milleri</i>	0,50	5,0±0,25	3,0±0,22
<i>Peptostreptococcus spp.</i>	0,69	5,3±0,23	4,3±0,22
<i>Corinebacterium spp.</i>	0,19	4,3±0,20	3,1±0,18
<i>Propionibacterium spp.</i>	0,25	3,0±0,22	-
<i>Actinomyces spp.</i>	0,63	5,8±0,25	3,0±0,18
<i>Eubacterium spp.</i>	0,31	5,7±0,23	4,2±0,20
<i>Prevotella oralis</i>	0,43	5,0±0,25	3,0±0,20
<i>Prevotella intermedia</i>	0,75	5,5±0,25	3,5±0,25
<i>Fusobacterium spp.</i>	0,82	6,0±0,20	3,1±0,18
<i>Veillonella spp.</i>	0,25	4,0±0,25	-
<i>Rothia dentocariosae</i>	0,13	4,0±0,25	-

---

Повторная обработка, особенно в сочетании с химической антибактериальной обработкой приводит к еще большему снижению бактериального загрязнения. Определяются, как правило, лишь единичные бактерии.

Отдаленные результаты прослежены в сроки от 1 до 6 месяцев. В указанные сроки наблюдения ни в одном случае обострения не наблюдалось. На рентгенограммах зубов, леченных по поводу хронического гангренозного пульпита, изменений нет. При рентгенологическом обследовании пациентов, леченных по поводу хронического гранулирующего периодонтита, отмечается стабилизация процесса.

Учитывая простоту метода, его высокую клиническую эффективность и доступность, анод-стерилизация может быть рекомендована как вспомогательный метод эндодонтической санации корневого канала, а у пациентов имеющих аллергические реакции на эндодонтальные антисептики и в качестве основного.

---

# П Р И Л О Ж Е Н И Е

## ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПОЛИМЕРИЗАТОРА В ЭНДОДОНТИИ

**Гилязетдинов Д.Ф., Винниченко Ю.А., Домнина Н.Б.**

*г. Москва, Центральный НИИ стоматологии, 97 поликлиника*

Пломбирование корневого канала традиционными пломбировочными материалами дает высокий процент положительных результатов, но главным недостатком этого метода является возможность разгерметизации за счет процесса микропросачивания тканевой жидкости между стенкой корневого канала и пломбировочным материалом.

Свойства адгезивных систем, содержащих в своем составе гидрофильные компоненты, позволяющие им пропитывать корневой дентин, создавая надежную изолирующую структуру в виде гибридного слоя и также глубоко проникать в дентинные каналы, послужили поводом для их применения в эндодонтии.

Традиционные фотополимеризаторы, имеющие в качестве источника света галогеновые лампы мощностью 75 и 150 Вт, полимеризующие стоматологические материалы на глубине, не превышающей 2-3 мм., не способны добиваться полной полимеризации адгезива на всей глубине корневого канала.

Для этого разработан стоматологический полимеризатор с излучателем на основе алюмоиттриевого граната с полупроводниковой накачкой, излучающим свет на длине волны 0,473 мкм, работающим в импульсном режиме с внутрирезонаторным удвоением частоты, средняя выходная мощность которого 20 мВт. Аппарат снабжен специальным разъемом, позволяющим подключать к нему оптическое волокно любой длины и любого диаметра. Лазерный аппарат работает от блока питания, подключаемого к напряжению 220 В и потребляет мощность 50 Вт. Глубина полимеризации адгезива не менее 12 мм.

При использовании оптического волокна диаметром 60 микрон и мощности 16 мВт на торце оптического волокна плотность мощности светового потока, излучаемого лазерным стоматологическим полимеризатором равна 5660 мВт/см<sup>2</sup>. Это превышает аналогичный показатель стандартных фотополимеризаторов, имеющих источник излучения в виде галогеновой лампы, более чем в 10 раз.

Клиническое применение новой методики эндодонтического лечения заболеваний пульпы и периодонта, заключающейся в постановке "апикальной плом-

---

бы" и блокировании инфицированного корневого дентина с применением одноступенчатой адгезивной системы и лазерного стоматологического полимеризатора, позволило получить высокий положительный результат.

## **ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПЕРИОДОНТИТОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОРИГИНАЛЬНЫХ КОСТНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ**

**Носов С.Н., Король Е.А., Кирилова И.А., Подорожная В.Т.**

*г.Новосибирск, Государственная Новосибирская областная стоматологическая поликлиника, ГУ Новосибирский НИИ травматологии и ортопедии*

В последние десятилетия остро встал вопрос о материалах для костно-пластических операций, Для замещения дефектов костной ткани в хирургической стоматологии используют стеклокерамику, синтетические гидроксилалпатиты, аллотрансплантаты и другие материалы, Однако ни один из вышеперечисленных материалов не отвечает всем требованиям хирургов. В связи с этим, лечение околокорневых кист и хронических периодонтитов (гранулем) до настоящего времени остается актуальной проблемой хирургической стоматологии.

Цель работы - использование оригинального биоактивного костно-пластического материала "Костма" и "Депротекс", для лечения деструктивных периодонтитов.

Основным методом оперативного лечения деструктивных периодонтитов, околокорневых кист челюстей, остается цистэктомия с одномоментной резекцией верхушки корня причинных зубов. При этом классическая резекция верхушки корня не проводится, т.е. имеет место цистэктомия с сохранением анатомической целостности зубов.

Образовавшиеся после удаления оболочки кисты (гранулемы) костные дефекты мы заполняли биоактивными костнопластическими материалами: костная мука (порошок), "Костма"\*, "Депротекс"\*\*\*, Костно-пластический материал на основе композиции чистого гидроксилалпатита биологического происхождения ("Депротекс") или костной алломуки ("Костма"), коллагеновой добавки и антибиотиков.

Результаты. Пациенты наблюдались на разных сроках после оперативного вмешательства.

---

Ранние сроки. Послеоперационное течение без особенностей. Первые сутки - отек, гиперемия, болезненность в области швов. К концу недели (5-7 суток) - отсутствие отека, боли, эпителизация раны, бледнорозовая слизистая вокруг. Рентгенография - отсутствие очага разражения костной ткани, видно, что полость заполнена.

Через 3 месяца. Жалоб нет. Слизистая в области оперативного вмешательства бледнорозовая, перкуссия зубов безболезненная. Рентгенологически: границы очага деструкции нечеткие, на фоне просветления уже виден рисунок вновь образованной костной ткани, менее минерализованной в центре дефекта.

Через 6 месяцев. Клинических проявлений нет. Рентгенографически: в области дефекта костный рисунок более плотный, интенсивный, включая и центральную часть. Если же операция была по поводу гранулемы, то рентгенологически дефект кости полностью отсутствует, прослеживается периодонтальная щель.

Через 1 год. Отличные рентгенологические результаты: в случаях гранулем - полное восстановление периодонтальной щели и нормальной по плотности костной ткани и костной структуры (конечно, визуально), в случаях радикулярной кисты значительных размеров в области верхушки корня небольшое разражение с нечеткими границами. Клинически - без особенностей. Ранее подвижные зубы имеют полноценную устойчивость.

Таким образом, из приведенных данных становится очевидным, что при удалении околокорневых кист и гранулем с сохранением анатомической целостности зуба, применение биоактивных костно-пластических материалов "Костма" и "Депротекс" снижает послеоперационные осложнения, способствует восстановлению костной ткани в течение трех-шести месяцев, что обеспечивает стабильность зуба и его дальнейшую функциональную эффективность.

Особенно эффективно использование этих материалов с добавками антибиотиков при нагноившихся кистах. Подобная методика позволяет одноэтапно проводить лечение данной категории пациентов и приводит к сокращению сроков их реабилитации.

\* Приоритетная справка по заявке на изобретение № 2001110316 "Способ приготовления биоактивного костнопластического материала "Костма", приоритет от 1.06.2001г. (автор - Кирилова И.А.)

\*\* Приоритетная справка по заявке № 2001105849 "Способ приготовления биоактивного костнопластического материала "Депротекс", приоритет от 1.04.2001г. (автор - Кирилова И.А.)



---

---

# СОДЕРЖАНИЕ

## ТЕЗИСЫ

ПРОВЕДЕНИЕ ЛОСКУТНОЙ ОПЕРАЦИИ У ПАЦИЕНТА С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ С ОДНОВРЕМЕННЫМ ЗАКРЫТИЕМ ЛОКАЛЬНОЙ РЕЦЕССИИ <i>Або С.Г., Модина Т.Н.</i> .....	3
КЛАССИФИКАЦИЯ ВЕСТИБУЛОПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ <i>Арсенова И.А., Сысолятин П.Г., Чуплинская В.В.</i> .....	4
ПРИМЕНЕНИЕ ОЗОНИРОВАННОГО ОЛИВКОВОГО МАСЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ПАРОДОНТИТОВ ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ У БОЛЬНЫХ С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ <i>Ахметова Д.М.</i> .....	5
ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ОЦЕНКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРЕДДВЕРЬЯ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ <i>Берхеева Д.С., Ямашев И.Г.</i> .....	6
СОСТОЯНИЕ И ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В г.ТВЕРИ (ТИПИЧНОГО ОБЛАСТНОГО ГОРОДА ЦЕНТРАЛЬНОГО РЕГИОНА РФ) <i>Богатов В.В., Румянцев В.А., Горлова Н.В., Валинов А.Ю.</i> .....	7
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИОАКТИВНОГО КОСТНО-ПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА В ПАРОДОНТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ <i>Болбат М.В.</i> .....	9
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ БОЛЕЗНЯМИ ПАРОДОНТА СЕЛЬСКИХ ШКОЛЬНИКОВ НОВГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Бритова А.А., Сухочева Т.М., Романюк В.Ф.</i> .....	11
ПРИМЕНЕНИЕ МАГНИТО-ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВЕРХУШЕЧНОГО ПЕРИОДОНТИТА В ЗУБАХ С НЕЗАВЕРШЕННЫМ ФОРМИРОВАНИЕМ КОРНЕЙ <i>Винниченко А.В., Гилязетдинова Ю.А.</i> .....	12
НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОНСТРУИРОВАНИИ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПОЛНЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЗУБОВ <i>Войтяцкая И.В., Фисенко Г.П., Ястребов Г.К.</i> .....	13

---

ОСОБЕННОСТИ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПАРОДОНТИТЕ, ОСЛОЖНЕННОМ ОТСУТСТВИЕМ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ЗУБОВ <i>Гаража С.Н.</i> .....	15
ОПТИМИЗАЦИЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ ЧЕЛЮСТЕЙ <i>Гарафутдинов Д.М.</i> .....	16
ПРИМЕНЕНИЕ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ СИСТЕМЫ "ЭНДОДОНТИЯ" ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ ВЕРХУШЕЧНОГО ПЕРИОДОНТИТА <i>Гилязетдинова Ю.А.</i> .....	17
КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ В ЭСТЕТИЧЕСКОМ АСПЕКТЕ. <i>Гиниятуллин И.И., Сокольская Д.И., Габитов Р.С., Гаязова А.Д.</i> .....	18
ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАСТРУКТУРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЭНДОТЕЛИОЦИТОВ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ПЕРИИМПЛАНТАНТНЫХ ТКАНЕЙ <i>Гирич Л.В., Горчаков В.Н., Логинов А.Г., Олесова В.Н.</i> .....	19
СПОСОБ МОДИФИКАЦИИ ГИПСА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КРЕМНИЙ-ОРГАНИЧЕСКОЙ ЭМУЛЬСИИ ПМС-20РК <i>Голубев Н.А. Куралесин А.Н., Талалай М.А.</i> .....	21
Г ОСТЕОИНТЕГРАЦИЯ СПЛАВОВ ТИТАНА В УСЛОВИЯХ ВОЗДЕЙСТВИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ <i>Гришин А.Р. Мушеев И.Ю.</i> .....	22
ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА, СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА И ИНТЕНСИВНОСТЬ КАРИЕСА У ШКОЛЬНИКОВ <i>Губина Л.К., Русанова Т.А., Хусейн Мазен</i> .....	23
ВЛИЯНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПЛОСТИ РТА НА ДИНАМИКУ ХРОНИЧЕСКИХ ГИНГИВИТОВ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ <i>Губина Л.К., Куралесина В.П.</i> .....	24
НОВЫЕ АСПЕКТЫ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА <i>Дунязина Т.М., Калинина Н.М., Никифорова И.Д., Зиморова И.В.</i> .....	25
АЛГОРИТМ ЛЕЧЕБНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРОДОНТА <i>Елькова Н.Л., Щербаченко О.И., Прудникова М.М., Серикова О.В.</i> .....	27

---

---

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ КОСТНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ И РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ <i>Железный П.А., Зубрилин Е.В.</i> .....	28
ДЕНТАЛЬНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ ПРИ РЕКОНСТРУКЦИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ КОСТНЫМИ ТРАНСПЛАНТАТАМИ <i>Сысолятин П.Г., Железный П.А., Железный С.П., Зубрилин Е.В.</i> .....	29
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ СРЕДИ ДЕТЕЙ Г. НОРИЛЬСКА <i>Зверьяев А.Г., Лернер А.Я., Гарус Я.Н.</i> .....	30
БИОМЕХАНИКА ТРАНСДЕНТАЛЬНОГО СТОЕЧНОГО ИМПЛАНТАТА <i>Иттиев Э.Б., Безверхов Ю.М.</i> .....	31
ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ИЗГОТОВЛЕНИЯ СЪЕМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ ЗА СЧЕТ УЛУЧШЕНИЯ ПОВЕРХНОСТНОГО СЛОЯ РАБОЧЕЙ МОДЕЛИ <i>Каливграджиян Э.С., Куралесин А.Н., Заварзин М.Ю.</i> .....	32
ПРОТЕЗИРОВАНИЕ СЪЕМНЫМИ ПЛАСТИНОЧНЫМИ ПРОТЕЗАМИ В СЛОЖНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ <i>Каливграджиян Э.С., Голубев Н.А., Рыжова И.П.</i> .....	34
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ПРОТЕЗИРОВАНИЮ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ПОЛНЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЗУБОВ <i>Кандейкина Н.В.</i> .....	35
ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ПРИ ПОЛНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА <i>Кандейкина Н.В.</i> .....	37
СОСТОЯНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ <i>Клевно Р.В.</i> .....	40
ПРОБЛЕМЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Ковалевская Е.О., Дадвани Т.Д., Петров Г.А.</i> .....	41
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ САРТЕК (PRECIOUS CHEMICAL COMPANY INC,.) ДЛЯ ПРОИЗВОДСТВА КАРКАСОВ ОДИНОЧНЫХ ЗОЛОТОКЕРАМИЧЕСКИХ КОРОНОК <i>Козлов Е.Н.</i> .....	42

---

---

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НОВОГО УСТРОЙСТВА ДЛЯ ЧИСТКИ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ <i>Ксембаев С.С., Василова Р.Н., Мамаева Е.В.</i> .....	43
ВЛИЯНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОЙ ШИРОКОПОЛОСНОЙ КВЧ-ТЕРАПИИ НА МИКРОФЛОРУ ПЕРИАПЕКАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ПРИ ВЕРХУШЕЧНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ <i>Кузнецов А.В.</i> .....	45
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РУЧНОГО И АВТОМАТИЧЕСКОГО ЗОНДИРОВАНИЯ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГЛУБИНЫ ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА И ВЕЛИЧЕНЫ РЕЦЕССИИ <i>Кузьминых О.М.</i> .....	46
МЕТОД ОЦЕНКИ ТОЧНОСТИ УСТАНОВКИ ИМПЛАНТАТОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ХИРУРГИЧЕСКИХ ШАБЛОНОВ <i>Кулаков А.А., Подорванова С.В.</i> .....	47
ПРЕПАРИРОВАНИЕ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА МЕТОДОМ ВОЗДУШНО-АБРАЗИВНОГО ПРЕПАРИРОВАНИЯ ПА МАТЕРИАЛАМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ «ДЕНТЕКС» <i>Лазарева Е.В., Макеева И.М.</i> .....	48
СЕРОТОНИНПРОДУЦИРУЮЩИЕ ТУЧНЫЕ КЛЕТКИ ДЕСНЫ И ЭНТЕРОХРОМАФИННЫЕ КЛЕТКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ПАРОДОНТИТЕ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА <i>Лепилин А.В., Осадчук М.А., Карабушина Я.Г., Прошин А.Г.</i> .....	51
КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА РЕТЕНЦИОННЫХ АППАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ АНОМАЛИЙ ПОЛОЖЕНИЯ ЗУБОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ HELICOBACTER PYLORI-АССОЦИИРОВАННЫМ ГАСТРИТОМ <i>Лепилин А.В., Осадчук М.А., Карабушина И.В.</i> .....	52
ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ ПЕРОКСИДАЦИИ И ФУНКЦИИ ЛЕЙКОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ПАРОДОНТИТОМ <i>Лепилин А.В., Свистунов А.А., Гуцин А.А.</i> .....	53
ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЗУБНОГО РЯДА НЕСЪЕМНЫМИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИМИ ПРОТЕЗАМИ НА ИМПЛАНТАТАХ ПОЛНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ <i>Лосев Ф.Ф., Дмитриев В.М., Жарков А.В.</i> .....	54

---

---

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА <i>Люлякина Е.Г., Пригодич Л.В.</i> .....	55
ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ РАННЕЙ И НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ НАГРУЗКИ ВНУТРИКОСТНЫХ ИМПЛАНТАТОВ <i>Магамедханов Ю.М., Гарафутдинов Д.М.</i> .....	56
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДЕПОФОРЕЗА ГИДРООКСИ МЕДИ - КАЛЬЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗИРОВАННОГО ПАРОДОНТИТА <i>Мазур И.П., Михальчук В.В.</i> .....	57
МИАКАЛЬЦИК В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ <i>Мазур И.П.</i> .....	58
ИЗУЧЕНИЕ АДГЕЗИИ КЛЕТОК НА ПОВЕРХНОСТИ ИМПЛАНТАТА С "ПАМЯТЬЮ ФОРМЫ" <i>Миргазизов М.З., Хафизов Р.Г., Низамов Р.С., Хайруллин Ф.А., Зайнутдинов Ф.Ш.</i> .....	59
КОСТНАЯ ДЕНСИТОМЕТРИЯ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ <i>Миргазизов М.З., Салеева Г.Т., Кожаринов М.Ю.</i> .....	60
ПРИМЕНЕНИЕ БАЛОЧНЫХ КОНСТРУКЦИЙ НА ИМПЛАНТАТАХ ПРИ ПОЛНОЙ УТРАТЕ ЗУБОВ <i>Миргазизов А.М., Чуйкин Р.Ю., Миргазизов Р.М.</i> .....	61
ПРОБЛЕМЫ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПРИ ПОЛНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ <i>Миргазизов М.З.</i> .....	63
ВЛИЯНИЕ ГЕЛЯ ПАНТОВЕГИНА НА СОСТОЯНИЕ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАРОДОНТИТЕ <i>Михайленок А.В.</i> .....	65
СОСТОЯНИЕ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ В ДИНАМИКЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ <i>Мозговая Л.А., Беляева О.В.</i> .....	66
ОСОБЕННОСТИ СОСУДИСТЫХ РЕАКЦИЙ ПУЛЬПЫ ПРИ ОДОНТОПРЕПАРИРОВАНИИ ПОД МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИЕ КОНСТРУКЦИИ <i>Мокшин К.А., Симановская О.Е., Сенькина Ю.В.</i> .....	67

---

---

АЛГОРИТМ ВЫБОРА ВАРИАНТА ПРОТЕЗИРОВАНИЯ С УЧЕТОМ ПРОФИ- ЛАКТИКИ ПЕРЕГРУЗКИ ОПОРНЫХ ЗУБОВ <i>Мушеев И.Ю., Маркин В.А.</i> .....	68
ПРЕДПРОТЕТИЧЕСКИЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ПОЛНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ <i>Никитин А.А., Никитин Д.А.</i> .....	69
ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА К ВОССТА- НОВЛЕНИЮ ДЕФЕКТА ЗУБНЫХ РЯДОВ ДЕНТАЛЬНЫМИ ИМПЛАНТАМИ <i>Никитина Л.И.</i> .....	71
РАННЯЯ ОТСТРОЧЕННАЯ ДЕНТАЛЬНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОЛНОЙ АДЕНТИИ <i>Никольский В.Ю.</i> .....	72
ЗУБНОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ С ОПОРОЙ НА ИМПЛАНТАТЫ ПРИ ПОЛНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ <i>Никольский В.Ю.</i> .....	73
ОПЫТ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИМПЛАНТАТОВ <i>Новгородский С.В., Новосядлая Н.В., Березин Е.Е., Березина А.Е.</i> .....	74
ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА <i>Онопа Е.Н.</i> .....	76
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПРИ ДЕФИЦИТЕ ПОЛОВЫХ СТЕРОИ- ДОВ У ЖЕНЩИН С ЕСТЕСТВЕННОЙ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗОЙ <i>Орешака О.В., Недосеко В.Б., Варшавский Б.Я., Аккер Л.В., Полухин А.В.</i> .....	77
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРОДОНТА У ПАЦИЕНТОВ С НЕЦИ- СОВАСТЕР РYЛОРИ-АССОЦИИРОВАННОЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕ- НАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ <i>Островская Л.Ю., Лепилин А.В., Осадчук М.А.</i> .....	78
СИНУСЛИФТИНГ ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ <i>Петров И.Ю., Лозовой А.В.</i> .....	79

---

---

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИАЦИДОТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА У ЖЕНЩИН С ПОСТКАСТРАЦИОННЫМ СИНДРОМОМ <i>Погребняк А.В.</i> .....	80
ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ТИТАНО-КЕРА- МИЧЕСКИХ ПРОТЕЗОВ <i>Поздеев А.И. Олесова В.Н. Осипов А.В.</i> .....	81
ПРИМЕНЕНИЕ ГЕЛЕВЫХ СОРБЕНТОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПА- РОДОНТИТА <i>Покидько О.А., Заварзина Н.А., Талалай Н.В.</i> .....	82
СОСТОЯНИЕ ПРОЦЕССОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СЪЕМНЫХ ПЛА- СТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ <i>Прошин А.Г., Лепилин А.В.</i> .....	84
СРАВНЕНИЕ БИОМЕХАНИКИ ЖЕСТКИХ И ПОЛУЛАБИЛЬНЫХ АТТАЧМЕНОВ <i>Рогатнев В.П. Олесова В.Н. Кравченко В.В. Разумный В.А.</i> .....	85
СОСТОЯНИЕ ПЕРИИМПЛАНТАТНОЙ ЗОНЫ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬ- НОМ ОСТЕОПОРОЗЕ <i>Салеева Г.Т.</i> .....	86
ЛИМФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ <i>Саранчина Э.Б., Горчаков В.Н., Олесова В.Н., Логинов А.Г.</i> .....	87
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТРЕСС И РЕАКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ <i>Сенькина Ю.В., Симановская О.Е., Мокшин К.А.</i> .....	88
ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ОКСИГЕНАЦИИ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ПРИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ НАГРУЗКАХ У БОЛЬНЫХ С ПАРОДОНТИТОМ <i>Сохов С.Т., Шаповалова И.А., Оганесова И.Б.</i> .....	89
ПОДГОТОВКА ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЛОЖКИ ПЕРЕД ПОЛУЧЕНИЕМ ФУНК- ЦИОНАЛЬНОГО СЛЕПКА <i>Спирина В.Ю., Садыков М.И.</i> .....	91
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПАРОДОНТИТОМ ПРИ МЕЛКОМ ПРЕДДВЕРИИ ПОЛОСТИ РТА И ПОДВИЖНОСТИ ПЕРЕДНЕЙ ГРУППЫ ЗУБОВ <i>Старикова Э.Г., Модина Т.Н.</i> .....	02

---



---

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КЛЕТОЧНОЙ ХИРУРГИИ В РЕКОНСТРУКЦИИ АЛЬВЕОЛЯРНЫХ ОТРОСТКОВ И ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПОЛНЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЗУБОВ <i>Сысолятин П.Г., Радкевич А.А., Гюнтер В.Э., Арсенова И.А., Чуплинская В.В., Носов С.Н.</i> .....	93
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЗАМЕЩЕНИЯ ДЕФЕКТОВ КРОНОК ЗУБОВ ВКЛАДКАМИ ИЗ КЕРОМЕРА SCULPTURE. <i>Тимакова О.С. Бахарев Л.Ю. Чибисов В.В. Фирер Г.А.</i> .....	94
ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКИ АКТИВИРОВАННЫЙ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ РАСТВОР - АНТИСЕПТИК XXI ВЕКА <i>Торопов А.В., Торопова А.В., Торопов В.Н.</i> .....	95
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АДГЕЗИВА СТС ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛНЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЗУБОВ <i>Тупикова Л.Н., Ковалев О.А.</i> .....	97
САНАТОРНО - КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАРОДОНТИТА И СОПУТСТВУЮЩЕГО КАНДИДОЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА <i>Тургенев А.В., Тургенева Г.Г., Казаков В.Ф., Бережной В.П., Давыдкин Н.Ф., Тургенев В.В.</i> .....	98
ВЛИЯНИЕ УЛЬТРАЗВУКА НА СОСТОЯНИЕ ЛОКАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ <i>Фирер Г.А., Зисман В.А.</i> .....	99
ВЛИЯНИЕ УЛЬТРАЗВУКА НА СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ В ОБЛАСТИ ИМПЛАНТАТА ПРИ РАЗВИВШИХСЯ ПЕРИИМПЛАНТИТАХ <i>Фирер Г.А., Зисман В.А.</i> .....	100
ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ <i>Фирер Г.А., Зисман В.А.</i> .....	101
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОГЕРЕНТНО-ОПТИЧЕСКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ КРОВИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДЕСНЫ В ДИАГНОСТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА <i>Хариш Н.А., Лепилин А.В., Карпович А.В.</i> .....	102
СОСТОЯНИЕ ПАРОДОНТА ИНФИЦИРОВАННЫХ ВИРУСОМ ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА (ВИЧ) <i>Харченко О.И.</i> .....	104

---

---

НИЗКОИНТЕНСИВНОЕ ЛАЗЕРНОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ <i>Штров В.Ю.</i> .....	105
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У РАБОЧИХ ХЛОРОРГАНИЧЕСКОГО СИНТЕЗА <i>Чемикосова Т.С., Камалова О.А.</i> .....	106
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРЕПАРАТОВ ПИХТЫ ПРОЛОНГИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ НА МИКРОФЛОРУ ПАРОДОНТАЛЬНЫХ КАРМАНОВ <i>Чернобаева М.Г., Гаража Н.Н.</i> .....	107
ОПТИМИЗАЦИЯ ПОВЕРХНОСТИ ТИТАНОВОГО ИМПЛАНТАТА МЕТОДОМ ИОННО-ПЛАЗМЕННОЙ ОБРАБОТКИ <i>Шакеров И.И., Варцов В.В., Калинин Ю.И.</i> .....	108
ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ИММОБИЛИЗОВАННЫХ НА "СИЛЛАРД П" В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ <i>Грохольский А.П., Прудникова А.П., Центило Т.Д., Заноздра Л.Н., Лузина О.В., Коваленко Е.Л., Толочина О.Ф.</i> .....	109
МОДИФИЦИРОВАННЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ В ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА <i>Прудникова А.П.</i> .....	110
МЕСТНАЯ ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ НАЧАЛА СТЕПЕНИ ХРОНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ <i>Центило Т.Д.</i> .....	111
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ СКЕЛЕТА <i>Лузина О.В.</i> .....	112
ПОКАЗАТЕЛИ ИММУННОГО СТАТУСА В ДИНАМИКЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ СВЕТОЛЕЧЕНИЯ <i>Чаленко Ю.В.</i> .....	114

---

## ДОКЛАДЫ

КОРРЕКЦИЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА ПРИ ПОЛНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА <i>Байриков И.М., Уланова О.П.</i> .....	115
КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА И МЕТОДЫ ИХ ФАРМАКОТЕРАПИИ <i>Белоклицкая Г.Ф.</i> .....	120
НОМЕНКЛАТУРА И КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА <i>Грудянов А.И., Безрукова И.В., Фролова О.А.</i> .....	124
СВЕРХЭЛАСТИЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ С ПАМЯТЬЮ ФОРМЫ В СТОМАТОЛОГИИ <i>Гюнтер В.Э., Сысолятин П.Г., Миргазизов М.З., Олесова В.Н., Молчанов Н.А.</i> .....	127
ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ПРИ ПОЛНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА <i>Кандейкина Н.В.</i> .....	131
СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ПАРОДОНТИТА: ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕЗУЛЬТАТОВ <i>Модина Т.Н., Молькова С.С., Круглова И.С., Варакина Н.И.</i> .....	134
РОЛЬ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ В ПОВЫШЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЗУБОВ ПРИ ИХ ПОЛНОЙ УТРАТЕ <i>Олесова В.Н. Мушеев И.Ю. Тимакова О.С. Рогатнев В.П., Осипов А.В.</i> .....	137
ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА И ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА <i>Орехова Л.Ю., Левин М.Я., Софронов Б.Н.</i> .....	140
ВОССТАНОВЛЕНИЕ ДЛИНЫ ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ <i>Радлинский С.В., Радлинская В.Н.</i> .....	143
РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫХ ИСХОДОВ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОЛНЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЗУБОВ <i>Садьков М.И.</i> .....	147

---

ЛИМФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ <i>Саранчина Э.Б., Горчаков В.Н., Олесова В.Н., Логинов А.Г.</i> .....	155
ПОЛУЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СЛЕПКА С ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕ- ЛЮСТЕЙ ПОСЛЕ ПОЛНОЙ УТРАТЫ ЗУБОВ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ЗАБОЛЕ- ВАНИЯМИ ПАРОДОНТА <i>Свириг Б.В.</i> .....	159
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ <i>Цепов Л.М.</i> .....	163
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ПОСТАНОВКИ ЗУБОВ В ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗАХ, УКРЕПЛЕННЫХ НА ВНУТРИ КОСТНЫХ ИМПЛАН- ТАТАХ <i>Шарипов И.С.</i> .....	167
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЕ ОБОСНОВАНИЕ АНОДНОЙ СТЕРИЛИЗА- ЦИИ ПРИ ЭНДОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ <i>Эстров Е.А., Белова Н.М., Ушаков Р.В., Царев В.Н., Очиров Е.А.</i> .....	171

## **ПРИЛОЖЕНИЕ**

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПОЛИМЕРИЗАТОРА В ЭНДОДОНТИИ <i>Гилязетдинов Д.Ф., Винниченко Ю.А., Домнина Н.Б.</i> .....	174
ОРГАНСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПЕРИОДОНТИТОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОРИГИНАЛЬНЫХ КОСТНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ <i>Носов С.Н., Король Е.А., Кирилова И.А., Подорожная В.Т.</i> .....	175