

специализированный медицинский журнал

главный ⁺ ВРАЧ

МАЙ (44) 2015

Ю Г А Р О С С И И

WWW.AKVAREL2002.RU

ОСНОВНЫЕ ТЕМЫ НОМЕРА

- диагностика (стр. 2, 16)
- новости стоматологии (стр. 8)
- эстетическая стоматология (стр. 4, 10)
- ортопедия (стр. 13, 19, 25)
- терапия (стр. 7, 23)
- маркетинг (стр. 20)
- хирургия (стр. 30)



СТОМАТОЛОГИЯ





Дентал-Софт

КОМПЬЮТЕРНАЯ ПРОГРАММА
ДЛЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ



- Электронная медицинская карта**
- История зуба пациента**
- Маркетинг, профосмотры**
- Контроль качества работы врачей**
- SMS-рассылка**
- Интеграция с ЕГИСЗ РФ**

Более 250 клиник используют программу Дентал-Софт

Эл. почта info@dental-soft.ru
Дентал-Софт.РФ

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

Бесплатный звонок из
любого региона России

8-800-700-55-69



AQUA-PREP F

Увлажнитель и устранитель
чувствительности со фтором

"Дентин должен быть Влажным"



ONE-STEP

Универсальный однобутылочный адгезив

"Лидер продаж на протяжении 20 лет!
Самый популярный адгезив в мире!"



AELITE

Высокоэстетичные, низкоусадочные,
флюоресцентные, усиленные композиты

"Оттенки, идеально соответствующие шкале Vita, -
удобство и универсальность в применении"



Сила связки к Дентину (Ultradent) - 37,65 МПа

По вопросам выбора и приобретения материалов Visco обращайтесь в компанию "ДЕНКО".

Denco

Официальный
Эксклюзивный
Дистрибьютор
BISCO (США)

8 (800) 333 72 80
(бесплатный звонок по России)

denco@denco.pro
www.denco.pro

СОДЕРЖАНИЕ

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

Крылова О. В. – учредитель и издатель
Крылова О. В. – главный редактор

Редакционный совет:

Быковская Т. Ю. – министр здравоохранения Ростовской области

Ибрагимов Т. И. – министр здравоохранения Республики Дагестан

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

Мажаров В. Н. – министр здравоохранения Ставропольского края

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

Филиппов Е. Ф. – министр здравоохранения Краснодарского края

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

Шкарин В. В. – министр здравоохранения Волгоградской области

Адрес редакции и издателя:

344064, г. Ростов-на-Дону,
ул. Вавилова, 54, оф. 404
т. (863) 223-23-26, т./ф. (863) 273-25-16,
моб. 8-988-950-98-70

по вопросам подписки (863) 223-23-25
www.akvarel2002.ru,
e-mail: info@akvarel2002.ru

Отпечатано в ИП Сычёва Т.Н.

Тираж 3000 экз., заказ № 406

Подписано в печать 20.05.2015 г.,
дата выхода 26.05.2015 г.

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

Регистрационный номер

ПИ № ФС 77-55311 от 11.09.2013 г.

Распространяется бесплатно по линии МЗ

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

Применение ортопантомографии в диагностике заболеваний зубочелюстной системы.....	2
Выполнение реставрации зуба жевательной группы с использованием жидкотекучего композитного материала – G-aenial Universal Flo.....	4
Медикаментозное лечение периодонтита.....	7
Новости стоматологии.....	8
Офисное отбеливание зубов с помощью системы Beyond Polus на базе ГУП РО «Областная хозрасчетная стоматологическая поликлиника».....	10
Стол зубного техника «Универсал».....	12
Клинико-эпидемиологическая оценка причин повторного ортопедического лечения больных с дефектами зубных рядов.....	13
Клинический и генетический анализ несиндромальной олигодонтии у ребенка.....	16
Первый опыт использования в работе компрессионно-дистракционного остеосинтеза у детей с недоразвитием нижней челюсти.....	19
Как увеличить поток пациентов.....	20
Острая патология височно-нижнечелюстного сустава и жевательной мускулатуры как осложнение стоматологического лечения.....	23
Применение запирающего штифта Штейкригель системы SRS фирмы Bredent при протезировании пациентов с дефектами зубных рядов.....	26
Медицинские выставки юга.....	27
Оптимизация мер профилактики перфорации слизистой дна верхнечелюстной пазухи при открытом синус-лифтинге.....	30

УВАЖАЕМЫЕ ЧИТАТЕЛИ!

Вы можете оформить редакционную подписку на журнал «Главный врач Юга России». Выход журнала – январь, апрель, июль, октябрь.

Выпуски по стоматологии – май и ноябрь.

Ждем заявки с указанием ваших данных:

ФИО или название организации,
почтовый адрес с индексом,
телефон/факс, e-mail,
количество экземпляров журнала.

Заявки принимаются:

- по электронному адресу e-mail: info@akvarel2002.ru
- по факсу (863) 273-25-16
- по телефонам: (863) 223-23-26, моб. 8-988-950-98-70

ПРИМЕНЕНИЕ ОРТОПАНТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ

Л. П. Вербицкая, С. А. Нерсесянц, М. И. Мильштейн, Л. А. Нанавян; отделение челюстно-лицевой хирургии
ГБУ РО РОКБ, г. Ростов-на-Дону

Среди методов дополнительного обследования челюстно-лицевой области широкое применение находит рентгенологическое исследование. Оно включает в себя внутривидовую рентгенографию, томографию, телерентгенографию, СКТ, электрорентгенографию, контрастную рентгенографию.

Анатомическое строение челюстей, расположение зубов в изогнутых альвеолярных отростках, наличие многокорневых зубов диктуют определенные требования к выполнению рентгенографии. Порой для получения изображения необходимого объекта приходится выполнять рентгенографическое исследование в нескольких проекциях (лобноносовая, боковая, подбородочная, аксиальная), что увеличивает лучевую нагрузку на пациента.

Панорамная томография (ортопантомография) начала применяться с 1949 г. На ортопантомограмме получается одномоментное изображение всей зубочелюстной системы как единого функционального комплекса. На ортопантомограмме видны подбородочный отдел, углы, восходящие ветви нижней челюсти, венечный и мышцелковый отростки, полулунная вырезка, скуловая дуга, нижнечелюстной канал, состояние зубов, периодонтальных

щелей, межзубных перегородок. Определяется дно носа, верхнечелюстных синусов. При этом лучевая нагрузка, как и при выполнении одного дентального снимка, составляет 0,03 мЗв.

Во время выполнения снимка трубка и кассетодержатель с пленкой и усиливающими экранами описывают неполную окружность (около 270 градусов) вокруг неподвижной головы пациента. При этом кассетодержатель совершает вращение вокруг вертикальной оси.

Мы применяем ортопантомограммы при травматических повреждениях зубов и челюстей, новообразованиях, воспалительных поражениях, заболеваниях ВНЧС. В амбулаторной практике ортопантомография используется для диагностики заболеваний пародонта, при ортопедическом и ортодонтическом лечении, при планировании использования имплантов (для предупреждения введения их в верхнечелюстную пазуху и нижнечелюстной канал).

Представляем ортопантомограммы, подтверждающие широкие возможности этого метода рентгенологического исследования.



Фото 1. Больной Н. – изменение формы мышцелковых отростков, неравномерная ширина суставных щелей, ретенция, дистопия 18 зуба.

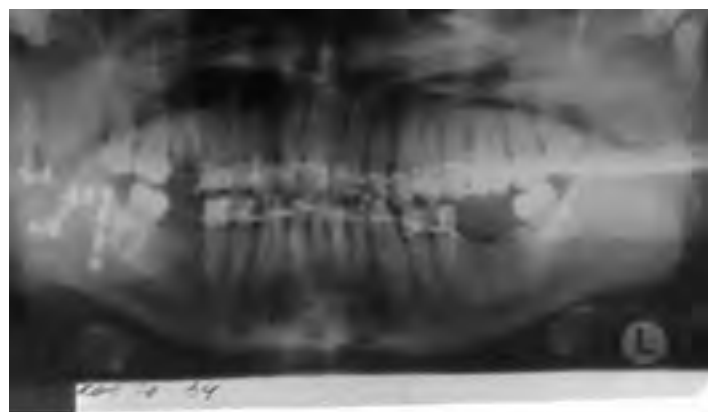


Фото 2. Больной Б. – двойной перелом нижней челюсти справа. Фиксация мышцелкового отростка и восходящей ветви мини-пластинами.



Фото 3. Больной С. – цементомы 44 и 21 зубов. Дефект альвеолярного отростка верхней челюсти слева в области 23 зуба.



Фото 4. Больной Ш. – радикулярная киста нижней челюсти слева в области 34 зуба.

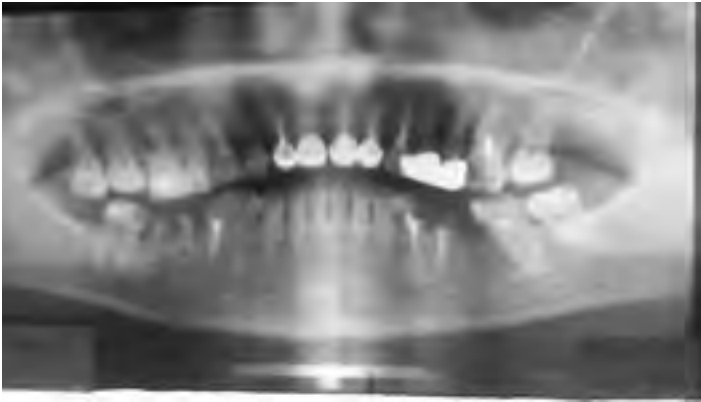


Фото 5. Больной Х. – уровень пломбирования каналов 11, 21, 22, 23, 34, 35, 45.

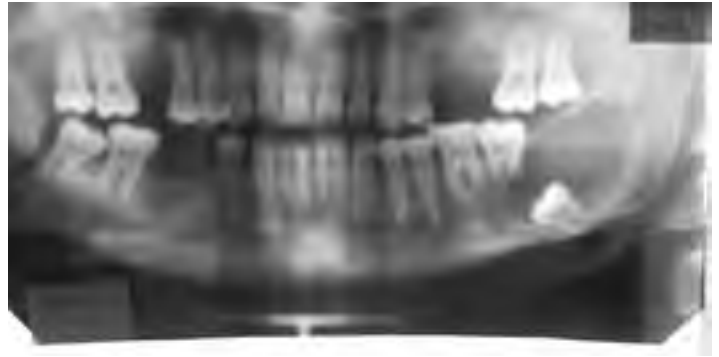


Фото 6. Больной Г. – кератокиста нижней челюсти слева с зачатком 38 зуба, радикулярная киста верхней челюсти слева, ангулярный перелом нижней челюсти справа.

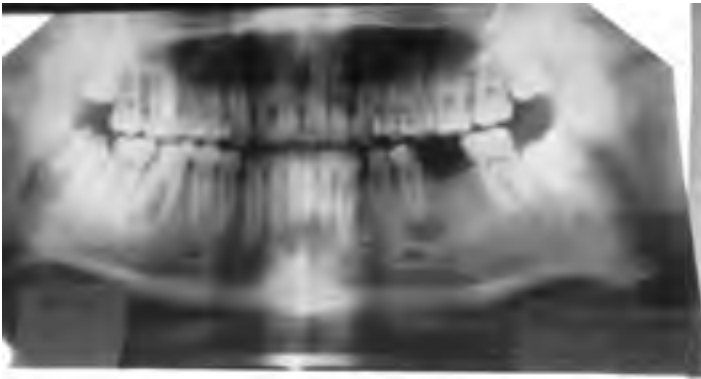


Фото 7. Больной Ж. – дистопия, ретенция 18, 28, 38, 48. Кистогранулемы 35, 46.

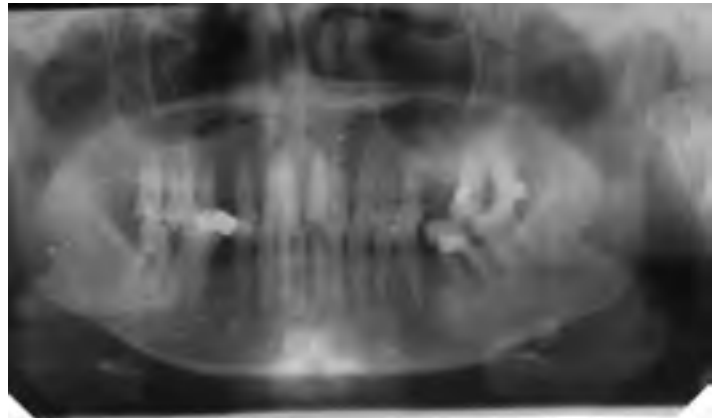


Фото 8. Больной М. – утолщение оболочки обеих ВЧП, изменение формы суставной головки правого ВНЧС. Хорошее изображение нижнечелюстного канала.



Фото 9. Больной ребенок 6 лет – наличие зачатков постоянных зубов, их локализация.

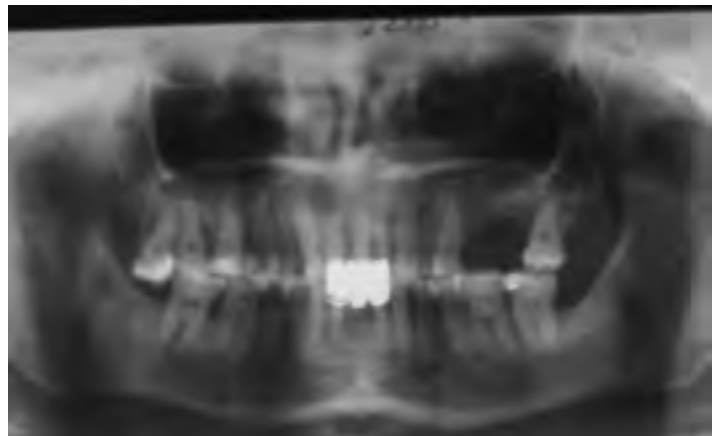


Фото 10. Больной Я. – конкремент в левой подчелюстной слюнной железе.

Таким образом, исходя из вышеизложенного, можно:

- судить о возможностях этого метода рентгенологического исследования и показаниях к его применению;
- исключить назначение рентгенограмм в нескольких проекциях, тем самым снизив лучевую нагрузку на пациента.

Лучевая доза при выполнении ортопантомограммы

составляет 0,03 мЗв, как при одной внутривертебральной рентгенограмме, что не представляет опасности для пациента.

Ортопантомография технически проста, не требует сложных укладок, может и должна широко использоваться в практике как дополнительный метод исследования челюстной системы.

ВЫПОЛНЕНИЕ РЕСТАВРАЦИИ ЗУБА ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ГРУППЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЖИДКОТЕКУЧЕГО КОМПОЗИТНОГО МАТЕРИАЛА – G-AENIAL UNIVERSAL FLO

Профессор Ивана Милетич, DDS, PhD; Кафедра эндодонтии и реставрационной стоматологии, Факультет стоматологии, Университет города Загреб

На сегодняшний день композитные материалы являются самым распространенным типом стоматологических материалов, используемых для выполнения эстетических реставраций твердых тканей зубов. Композиты, как правило, состоят из трех базовых компонентов: матрицы на основе органической смолы, неорганических наполнителей и связующего агента. Встречаются также такие добавки, как стабилизаторы цвета, пигменты, ингибиторы полимеризации или инициаторы полимеризации. С момента появления в стоматологической практике композитные материалы претерпели целый ряд изменений, направленных на улучшение их характеристик. Благодаря добавлению в состав композитов наночастиц неорганических наполнителей были повышены прочность, твердость, износостойчивость и эластичность этих материалов; современные композиты также обладают более низкими модулями термического расширения, пониженной полимеризационной усадкой и более высокими эстетическими свойствами.

Жидкотекучие композитные материалы были созданы путем снижения доли неорганических наполнителей в традиционных композитных материалах и/или увеличения доли содержания в них мономеров [1], что облегчает процесс нанесения материалов этого типа [2]. Основным отличительным свойством и преимуществом жидкотекучих композитных материалов является их способность адаптироваться к краям и стенкам полости, что особенно важно при туннельном препарировании или в случае, когда отверстие полости очень узкое. Жидкотекучие композиты более эластичны по сравнению с микрогибридными и нанокомпозитными материалами, благодаря чему оказывают меньшее давление на стенки полости. Однако физические и механические свойства жидкотекучих композитных материалов несколько хуже, чем аналогичные показатели традиционных композитов. Согласно данным Wayne et al. [3], жидкотекучие композиты первого поколения демонстрируют более высокий уровень полимеризационной усадки по сравнению с традиционными композитами, что обусловлено меньшим количеством неорганических наполнителей в составе первых. Сравнительно недавно на рынок был выпущен новый жидкотекучий композитный материал G-aenial Universal Flo (GC, Токио, Япония). Благодаря своим улучшенным физическим, механическим и оптическим свойствам этот новый материал может автономно использоваться для выполнения реставраций. Неорганический наполнитель в составе данного материала представляет собой частицы стронциевого стекла размером около 200 нм, что на сегодняшний день является наименьшим размером для частиц наполнителя, входящего в состав жидкотекучего композитного материала. За счет использования наноразмерных неорганических частиц увеличивается наполненность неорганической доли материала: частицы наполнителя более равномерно распределяются в органической матрице, а свободное пространство между

ними значительно сокращается, что, в свою очередь, укрепляет и защищает органическую матрицу [4, 5, 6]. Также материал обладает повышенной прочностью адгезии между его органической и неорганической составляющей; в свою очередь, это повышает эластичность материала, насыщенность его оттенка, и, кроме всего прочего, материал обладает великолепной полируемостью. G-aenial Universal Flo – тиксотропичный материал, и, в отличие от прочих жидкотекучих композитов, он остается на месте после внесения. Эта его черта особенно актуальна при выполнении реставраций фронтальной группы зубов или при реставрации пришеечных областей. G-aenial Universal Flo выпускается в 15 оттенках, разбитых для удобства на три группы: **стандартные** (A1; A2; A3; A3,5; A4; B1; B2; B3, C3, BW, CV), **внешние** (AE и JE) и **внутренние** (AO2 и AO3).

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Пациент, возраст 25 лет, обратился в клинику при кафедре эндодонтии и реставрационной стоматологии факультета стоматологии университета Загреба с просьбой заменить амальгамовую реставрацию в первом левом нижнем моляре – 36 (рис. 1). При клиническом осмотре реставрации была обнаружена область нарушения краевого прилегания. После применения местной анестезии была удалена старая реставрация из амальгамы и прилежащий мягкий кариозный дентин. Края эмали были обработаны (рис. 2), затем зуб изолировали с использованием раббердама. Перед тем, как приступить к выполнению композитной реставрации, поверхность эмали обработали 37% раствором ортофосфорной кислоты, время выдержки 10 секунд (рис. 3). Далее полость промыли, просушили и нанесли на рабочие поверхности самопротравливающий адгезив седьмого поколения G-aenial Bond (GC, Токио, Япония) (рис. 4). Этот самопротравливающий адгезив содержит мономер эфира фосфорной кислоты и 4-MET, как и G-Bond, но обладает более низким pH (рис. 5). Адгезив нанесли одним слоем, оставили на 10 секунд, после чего просушили струей воздуха в течение 5 секунд, а затем полимеризовали в течение 10 секунд (рис. 6).

Непосредственно для реставрации выбран материал G-aenial Universal Flo (оттенок A2), поскольку он демонстрирует отличную адаптационную способность к стенкам полости (рис. 7). Материал вносили в полость слоями толщиной 2 мм с помощью специальной насадки, облегчающей процесс внесения (рис. 8). Композит полимеризовался послойно, каждый слой в течение 20 секунд. Перед окончательной полимеризацией удалили излишки материала. Окончательная обработка реставрации производилась с помощью алмазных боров – воссоздавался рельеф жевательной поверхности зуба; затем проведена окончательная полировка, используя резиновые чашечки и кисти с полировочной пастой. На рисунке 9 представлен окончательный результат по завершении реставрации, а на рисунке 10 – вид реставрации во время повторного осмотра спустя 6 месяцев.



Рис. 1. Реставрация из амальгамы, зуб 36.

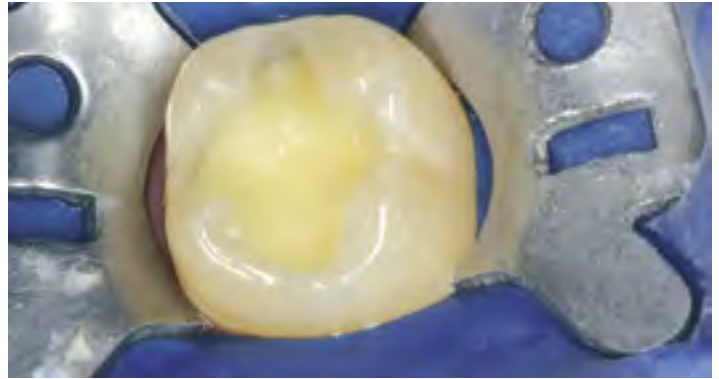


Рис. 2. Зуб 36 после удаления амальгамовой реставрации и обработки краев эмали.

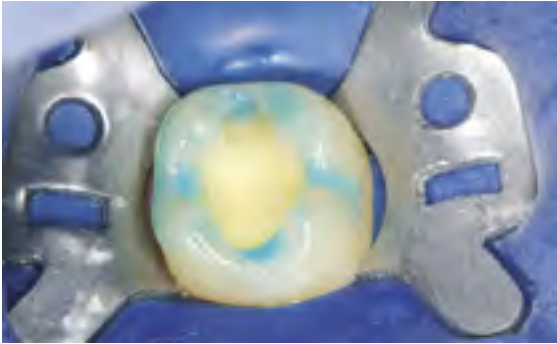


Рис. 3. Протравливание эмали.

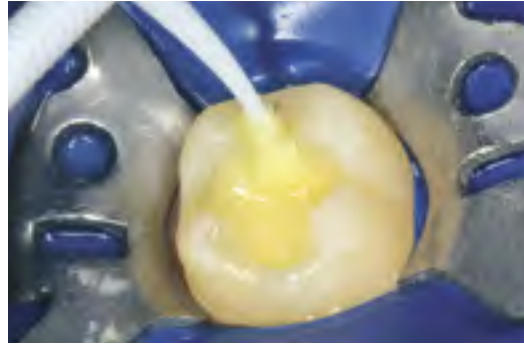


Рис. 4. Нанесение адгезива.



Рис. 5. Адгезив G-aenial Bond.



Рис. 6. Полимеризация адгезива.



Рис. 7. Жидкотекучий композит G-aenial Universal Flo.



Рис. 8. Внесение G-aenial Universal Flo в полость.



Рис. 9. Окончательный вид реставрации после финишной обработки и полировки.



Рис. 10. Вид реставрации во время контрольного осмотра спустя 6 месяцев после лечения.



Официальный импортер и дистрибьютор продукции Джи Си в России:
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР КРАФТВЭЙ
 Новый номер: 8-800-100-100-9 (бесплатные звонки из любого региона)
 Москва, 3-я Мытищинская ул., 16 www.kraftwaydental.ru (495) 232-69-33

Литература

1. Baroudi K., Saleh A. M., Silikas N., Watts D. C. Shrinkage behaviour of flowable resin-composites related to conversion and filler-fraction // J. Dent. – 2007. – 35: 651–655.
 2. Lee J. H., Um C. M., IB. Rheological properties of resin composites according to variations in monomer and filler composition // Dent. Mater. – 2006. – 22: 515–526.
 3. Bayne S. C., Thompson J. Y., Swift E. J., Stamatiades P., Wilkerson M. A characterization of first-generation of flowable composites // J. Am. Assoc. – 1998. – 129: 567–577.
 4. Bayne S. C., Taylor D. F., Heymann H. O. Protection hypothesis for composite wear // Dent. Mater. – 1992. – 8: 305–309.
 5. Turssi C. P., Ferracane J. L., Vogel K. Filler features and their effects on wear and degree of conversion of particulate dental resin composites // Biomater. – 2005. – 26: 4932–4937.
 6. Lim B. S., Ferracane J. L., Condon J. R., Adey J. D. Effect of filler fraction and filler surface treatment on wear of microfilled composites // Dent. Mater. – 2002. – 18: 1–11.
- ©2013. Originally published in Vjesnik dentalne medicine, Vol. 20, Nr. 5-6, Dec 2012. Reprinted with permission.



Искусство создания красивой улыбки



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

G-ænial от GC



Эстетика – это просто с 'GC'!

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

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

www.gceurope.com

МОСКВА

«Новый Колумб 2000» (495) 964-89-00, 665-58-48
«Энигма Дент» (495) 787-32-74
«Дентомир» (495) 785-22-70
«Денталео» (499) 755-75-13, (495) 517-97-01
ALLFORDENT.COM (495) 740-78-85, (499) 173-77-37
ООО «Стоматорг» (495) 620-97-34

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

«Северная Каролина» (812) 702-81-12
«Фирма Медэкспресс» (812) 326-29-17
«ДТЦ «КОРАЛ»» (812) 712-43-69

САМАРА

Фирма «Инверсия» (846) 37-38-000

РОСТОВ-НА-ДОНУ

«Ультрастом» (863) 262-47-50

ПЕРМЬ

ИП Сидоров В. А. (3422) 44-72-71
«Медика» (3422) 16-66-90

БАРНАУЛ

ООО «Сибирская стоматологическая компания»
(3852) 20-07-81

КРАСНОДАР

«Аплеко-Кубань» (861) 239-65-47
«Актив Медикал Кубань» (861) 259-54-52

ЕКАТЕРИНБУРГ

ООО «Ангара» (343) 221-46-90

ОМСК

ООО «ПолиДента» (3812) 23-64-39, 24-84-73

GC EUROPE N.V.

Tel. +385.1.46.78.474
Fax. +385.1.46.78.473
E-mail: info@eoo.gceurope.com
russia@eoo.gceurope.com
www.eoo.gceurope.com

Официальный импортер и дистрибьютор продукции Джи Си в России: Стоматологический центр Крафтвэй



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

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРИОДОНТИТА

Т. М. Клименко, Т. А. Скуратова, Е. А. Пенчук; ГАУ Ростовской области «Стоматологическая поликлиника»

Периодонтит является одной из наиболее частых причин развития воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Цель консервативного лечения периодонтита – ликвидация воспаления в периапикальной области, исключение патогенного влияния на организм одонтогенного воспалительного очага, регенерация структуры тканей периодонта и восстановление функции зуба.

В основе развития периодонтита может быть несколько факторов: инфекционный, токсический, аллергический или травматический. Нередко в развитии периодонтита участвуют одновременно несколько перечисленных агентов. Воздействие инфекции на околоверхушечные ткани зуба ведет к прогрессированию воспалительного процесса и деструкции периапикальной кости. В воспалительном очаге содержится большое количество стрептококков, стафилококков, фузобактерий, спирохет, грибов и других микроорганизмов, участвующих в развитии периодонтита. Попадание микробных эндотоксинов в ткани периодонта приводит к быстрой дегрануляции лаброцитов, являющихся источником гистамина и гепарина – главных деструктивных компонентов. Кроме того, эндотоксины способствуют накоплению мононуклеарных моноцитов и макрофагов. Последние выделяют лизосомальные ферменты, активизирующие деятельность остеокластов. Происходит деструкция периодонта и прилегающих тканей. В соответствии с современными представлениями воспалительный процесс в периодонте рассматривается как типичная аутоиммунная реакция. В воспаленных околоверхушечных тканях имеются все необходимые для разворачивания аллергических реакций компоненты: макрофаги, лимфоциты, плазматические, полиморфноядерные клетки и лаброциты [3, 4].

Арсенал медикаментозных средств лечения периодонтита будет зависеть от его формы и состояния иммунной системы больного. Для купирования этих процессов при лечении острых форм периодонтита мы используем антибиотики широкого спектра действия в комбинации с метронидазолом; антигистаминные препараты (тавегил, супрастин и др.); нестероидные противовоспалительные препараты (нимесил, найз, ибупрофен и др.) [1, 2].

Важным этапом эндодонтического лечения является механическая и медикаментозная обработка корневых каналов. Мы используем хлорсодержащие препараты (например, 0,05%-ный раствор хлоргексидина, 3%-ный раствор гипохлорита натрия) в количествах, позволяющих обезвредить поверхность корневого канала и верхушечный периодонт.

Гипохлорит натрия является эффективным антимикробным средством против эндодонтической флоры: он растворяет тканевой распад и органическую матрицу

дентина. Химический эффект, при котором происходит растворение органической основы дентина, позволяет облегчить расширение канала. Промывать каналы нужно после каждой ручной или машинной обработки эндоинструментом, при этом на один канал рекомендуется как минимум от 2 до 10 мл раствора. При нагревании до 36°C эффективность гипохлорита натрия возрастает с 3% до 5%. Эффективность ирригационных сред увеличивается также с применением ультразвука.

После тщательной механической и медикаментозной обработки каналов очень важны следующие этапы: снятие воспаления в периапикальной области и стимуляция регенеративных процессов.

Для этих целей мы используем лекарственные препараты, содержащие кортикостероиды, антибиотики, фенол, гваякол, гидроксид кальция. Например, гваяфен или крезифен мы оставляем на бумажном штифте на одни сутки, затем временно пломбируем канал кальцийсодержащим препаратом (Calasept, Апексдент, Metapex или др.) в период от 14 дней до 2–3 месяцев.

При отсутствии болевых симптомов каналы в следующее посещение можно запломбировать.

Для постоянного пломбирования каналов используют гуттаперчевые штифты с силерами (АН-plus, 2-Seal, capason, эндометазон).

В течение 2013 года было вылечено 68 больных с различными формами периодонтита. Острых форм периодонтита выявлено не было, у 25 пациентов диагностировано обострение хронического периодонтита. Из 68 больных в 42 случаях отмечена фиброзная форма периодонтита, у 17 – гранулирующая, в 9 случаях – гранулематозная. Самое благоприятное течение процесса было у пациентов с фиброзной формой периодонтита. Повторных обращений по поводу болей в леченных зубах не было.

Из 17 больных с гранулирующим периодонтитом появление свищевого хода было у 3 пациентов.

При гранулематозном процессе из 9 пациентов у 2 больных уже через 4 месяца на рентгенограмме отмечалось уменьшение очага деструкции. У 3 пациентов была проведена апикальная хирургия очага деструкции. Удаление зубов из этой группы пациентам не проводилось.

Все пациенты с хроническим периодонтитом поставлены на диспансерный учет, и каждые 6 месяцев мы отслеживали динамику развития процесса в периодонте с помощью рентгенографии.

Из своего опыта мы можем сделать вывод, что правильно подобранный комплекс лечебных мероприятий и медикаментозных средств может положительно повлиять на исход лечения всех форм периодонтитов.

Литература

1. Арутюнов С. Д., Царев В. Н., Носик А. С., Маргарян Э. Г. Подбор и применение новых антисептических препаратов для эндодонтического лечения хронического периодонтита // Российский стоматологический журнал. – 2007. – №3. – С. 4–6.
2. Галанова Т. А. Обоснование применения средств медикаментозной терапии хронического гранулирующего периодонтита: Автореф. дисс. канд. мед. наук. – Смоленск, 2009. – 24 с.
3. Журочко Е. И., Дегтярева Л. А. Комплексный метод оценки состояния околоверхушечных тканей зуба при хроническом верхушечном периодонтите // Эндодонтия today. – 2008. – № 2. – С. 27–31.
4. Иванова Е. В., Иванченко О. Н., Зубов С. В., Спицина В. И. Клиническое исследование эффективности лечения хронического апикального периодонтита // Российский стоматологический журнал. – 2008. – № 5.

НОВОСТИ СТОМАТОЛОГИИ

ОТ КОЛИЧЕСТВА ЗУБОВ ЗАВИСИТ УРОВЕНЬ ИНТЕЛЛЕКТА

Японские ученые уверяют, что снижение интеллекта в старческом возрасте находится в прямой зависимости от выпадения зубов. Такой неожиданный, но не бесспорный вывод группа специалистов из Университета Тохоку сделала на основе обследования 1 тыс. 167 пенсионеров в возрасте от 69 до 75 лет. О результатах объявлено в Токио на Международной конференции геронтологов Азии и Океании. По результатам магнитно-резонансного сканирования головного мозга стариков было установлено, что по мере уменьшения числа зубов у них сокращается объем мозговой ткани в области гиппокампа. Это извилина в височных долях, которая предположительно участвует в обработке информации и складировании ее в памяти. Считается, что при старческой болезни Альцгеймера, которая характеризуется снижением интеллекта и полным распадом психики, гиппокамп атрофируется.

Из всей группы испытуемых симптомы слабоумия были зафиксированы у 55 человек. У них в среднем осталось по 9–10 зубов, в то время как их относительно здоровые сверстники могут похвастаться 14–15 зубами.

По мнению исследователей, связь между зубами и мышлением можно объяснить тем, что во время пережевывания пищи происходит стимулирование клеток мозга. Когда же человек переходит на пюре и кашу, нервные клетки вокруг зубов умирают и мозг не получает необходимой зарядки.

КАКИЕ ЗУБНЫЕ ЩЕТКИ ЛУЧШЕ?

Группа исследователей во главе с доктором Крисом Дири (Chris Deery) из Эдинбургского стоматологического института (Edinburgh Dental Institute) проанализировала опубликованные за последние 40 лет материалы об использовании обычных и электрических зубных щеток.

По результатам 29 испытаний с участием более 2 тысяч человек выяснилось, что старомодные ручные щетки так же хороши для чистки, как электрические. С зубным налетом и воспалением десен обычные щетки справляются ничуть не хуже.

Только один тип электрических щеток немного лучше, чем ручные – это щетки с чистящей головкой, вращающейся в разных направлениях, и то преимущество мизерное – 6–11%.

Кроме этого, отмечается, что электрощетки могут быть полезны для людей с ограниченными возможностями и маленьких детей, которые не любят чистить зубы, но могли бы заинтересоваться новинкой.

Напомним, что по результатам опроса зубная щетка победила автомобиль, компьютер, мобильный телефон и микроволновую печь. Американцы признали, что зубная щетка – это изобретение жизненной необходимости.

БОЛЕЗНИ ДЕСЕН УВЕЛИЧИВАЮТ РИСК ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Беременные женщины, страдающие пародонтитом, имеют повышенный риск развития позднего токсикоза – преэклампсии, сообщает Journal of Periodontology.

В исследовании, организованном Стоматологической школой Университета дель Валье (Колумбия), принимало участие 373 женщины на сроке беременности от 26 до 36 недель. У 130 женщин была диагностирована преэклампсия

– осложнение беременности, при котором отмечается рост артериального давления в сочетании с протеинурией (появление белка в моче).

В результате исследования выяснилось, что пародонтитом страдало 64% женщин с преэклампсией и 36% женщин с неосложненным течением беременности, причем у женщин, страдавших преэклампсией, как правило, отмечалась более тяжелая степень поражения десен.

В процессе исследования женщинам проводили тест на бактерии *Porphyromonas gingivalis* (*P.gingivalis*), *Tannerella forsythia* (*T. forsythia*) и *Eikenella corrodens* (*E.corrodens*), ассоциирующиеся с болезнями десен. Выяснилось, что присутствие бактерий значительно увеличивало риск преэклампсии.

Колумбийские ученые предположили, что системный эффект бактерий, обитающих в полости рта, связан с их способностью проникать в кровоток. «*P.gingivalis* обнаруживалась не только в крови, но также в атеросклеротических бляшках, которые являются причиной пародонтита и сердечно-сосудистых заболеваний», — сообщил автор исследования Адольфо Контрерас (Adolfo Contreras).

Пародонтит – воспалительное заболевание тканей пародонта, вызывающее нарушение питания зубов и частичное разрушение структур, фиксирующих зуб в десне. Пародонтит является ведущей причиной потери зубов у взрослых.

Механизмы взаимосвязи преэклампсии и болезней десен остаются неясными; тем не менее, ничто не мешает врачам предпринимать необходимые профилактические меры, проводя лечение пародонтита, считают специалисты.

ЧИСТКА ПОЛОСТИ РТА ПРОТИВ ИНСУЛЬТА

Японские специалисты установили прямую связь между тем, насколько человек соблюдает правила гигиены ротовой полости, и тем, насколько это можно соотнести с риском развития у него такого тяжелого явления, как инсульт головного мозга.

К слову, подобного рода исследование было организовано впервые в истории. Ученые из японского университета полагают, что люди, имеющие в полости рта меньше двадцати трех зубов при норме в тридцать два зуба, имеют риск развития инсульта на шестьдесят процентов больше. Организаторы сделали такие выводы после изучения состояния здоровья ротовой полости у более чем трехсот человек в возрасте после сорока лет. Было установлено, что люди, перенесшие инсульт, имели в ротовой полости меньше зубов, чем их здоровые ровесники.

Неправильная или недостаточная гигиена ротовой полости ведет к тому, что начинают ослабевать и кровоточить десны. Это ведет к проникновению в микроскопические ранки бактерий, которые попадают затем в общую систему кровоснабжения организма. Эти-то безвредные бактерии и могут приводить к формированию тромбов.

Ученые настоятельно советуют людям помнить о том, что кроме правильного питания, фиксирования показателей давления и уровня холестерина необходимо тщательно соблюдать правила гигиены ротовой полости, которые помогут избежать инсульта.

ОТ ПАРОДОНТОЗА К ИНФАРКТУ

Плохой уход за ротовой полостью может не только привести к формированию зубного камня или заболеваниям десен. Результаты исследований американских ученых свидетельствуют еще и о том, что болезни ротовой полости провоцируют развитие сахарного диабета, сердечно-сосудистых заболеваний.

Нерегулярная чистка зубов приводит к скоплению в межзубных пространствах бактерий; в дальнейшем они могут попасть в системный кровоток человека. Уолтер Бреэ, микробиолог из университета в Нью-Йорке, утверждает, что бактерии, которые отложились на стенках артерий, в скором времени закупорят их. Поэтому необходимо всегда следить за состоянием зубов и десен – ведь это положительно сказывается на структуре и функционировании внутренней поверхности кровеносных сосудов, а также понижает риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний. Исследователи приводят статистику, согласно которой в наше время приблизительно 80% взрослых людей в Америке имеют заболевания десен и зубов.

Также подвержены заболеваниям десен беременные женщины. Все дело в том, что в их организме повышен уровень гормонов (прогестерона и эстрогена) и это повышает восприимчивость их десен к бактериям. Результаты исследований свидетельствуют о том, что болезни ротовой полости у беременных женщин являются причиной преждевременных родов или дефицита веса новорожденного. Ученые из университета Миннесоты продолжают свои исследования для выяснения, каким еще образом состояние зубов матери может отразиться на здоровье малыша.

Как установили ученые, наличие большого количества бактерий в ротовой полости повышает увеличение уровня инсулина в крови, что становится причиной возникновения у человека сахарного диабета.

Поэтому, чтобы заболевания полости рта не стали причиной возникновения патологических процессов в вашем организме, необходимо регулярно проходить осмотр у дантиста и тщательно поддерживать гигиену ротовой полости. А женщины, которые запланировали рождение ребенка, должны вылечить свои зубы еще до того, как они забеременеют.

ЧАЙ И СВЕЖЕЕ ДЫХАНИЕ

Микробиологи из Чикаго доказали, что полифенольные соединения, входящие в состав черного чая, препятствуют размножению бактерий, благодаря которым возникает скверный запах изо рта.

Продуктами жизнедеятельности этих микроорганизмов служат сероводород и ряд других газов, остро пахнущих гнилью.

СВЕЖЕЕ ДЫХАНИЕ

Чтобы дыхание было свежим, стоматологи советуют бороться с вредными привычками и соблюдать режим питания. Дело в том, что неприятный запах изо рта может появиться, даже если вы соблюдаете правила гигиены, регулярно посещаете дантиста и лечите зубы. Оказывается, воспаление десен – одна из причин возникновения неприятного запаха – может быть спровоцировано стрессом и неправильным питанием, а размножение болезнетворных бактерий и образование белого налета на зубах – злоупотреблением алкоголем, сигаретами и

сладким.

Плохой запах изо рта возникает в результате роста в полости рта бактерий, продуктом жизнедеятельности которых является серное соединение. Эти бактерии анаэробные – для жизни им не нужен кислород. Накопление белого налета на зубах способствует уменьшению доли кислорода в полости рта и, как результат, росту бактерий и появлению плохого запаха. Вот почему так важно соблюдать правила гигиены и правильно чистить зубы.

Бактерии, вызывающие неприятный запах, питаются белками. Удалить из своего рациона белки вы не сможете, да это и не требуется. Помимо мяса, существуют и другие продукты, обеспечивающие питание бактериям либо создающие благоприятную среду для их роста, а именно: алкоголь, молочные продукты, сахар, чеснок, курение.

БАКТЕРИИ И НЕПРИЯТНЫЙ ЗАПАХ ИЗО РТА

80% проблем, связанных с несвежим дыханием, возникают из-за чрезмерно быстрого роста количества бактерий во рту. Если вы молоды, здоровы и не подвержены хроническому синуситу, тонзиллиту или ларингиту, но страдаете из-за неприятного запаха изо рта, то, скорее всего, у вас есть проблемы в полости рта. Когда появляется несвежее дыхание из-за заболеваний полости рта, вещества, запах которых вы чувствуете, являются составляющими серы, продуцируемыми анаэробными бактериями. Анаэробные бактерии живут в отсутствие кислорода, и они наиболее легко колонизируют области, где есть полости с ограниченным доступом кислорода. Класс веществ, которые производят анаэробы – летучие соединения серы.

Летучие соединения серы (ЛСС) включают такие вещества, как сероводород (запах тухлых яиц), метилмеркаптан (запах гнилой капусты) и сульфид этана (запах разлагающихся овощей).

Существует более чем 400 типов бактерий, обитающих в полости рта, и только несколько десятков из них при благоприятных условиях могут вызвать неприятный запах. Такие бактерии усваивают белки, такие как мертвые клетки ткани, крови и слизистой оболочки. Белки собраны из стандартных блоков – аминокислот, а переваривание этих аминокислот снабжает бактерии энергией. Некоторые из аминокислот содержат серу, и эти составляющие серы преобразуются в ЛСС как ненужный продукт.

Здоровая ротовая полость может скрывать много различных видов бактерий. В любой части полости рта устанавливается своего рода баланс между конкурирующими видами. При соблюдении такого баланса запах изо рта не образуется. Здоровый баланс бактерий называют нормальной микрофлорой или “нормальным флоральным образцом”.

Существует очень широкий диапазон флоральных образцов, которые считаются здоровыми. У каждого он немного отличается. Но когда условия в любом участке полости рта изменяются из-за болезни или других факторов, таких как обезвоживание или присутствие способных к брожению веществ, таких как кровь, мертвые ткани или остатки пищи, баланс бактериальных разновидностей изменяется, приводя к чрезмерно быстрому росту анаэробных бактерий за счет остальной части нормальных микроорганизмов.

Таким образом, неприятный запах изо рта возникает из-за выработки ЛСС.

СЕКС ПРОТИВ ЗУБНОЙ БОЛИ!

Чешские медики утверждают, что секс является эффективным средством от зубной боли. Активная интимная жизнь, по их мнению, значительно ослабляет и даже вовсе снимает зубную боль.

Контакты такого рода также положительно сказываются на качестве зубной эмали. Причины этих невероятных результатов медики тоже объясняют: во-первых, секс способствует выработке эндорфинов – так называемых “гормонов счастья”. А они, в числе многих эффектов, обладают и обезболивающим действием. Во-вторых, секс как интенсивная физическая нагрузка улучшает кровообращение в организме, в том числе и в полости рта. Это делает десны более здоровыми и предотвращает возникновение многих стоматологических проблем.

При регулярных половых сношениях в организме выделяются такие гормоны, как адреналин и кортизон, которые стимулируют работу мозга и предупреждают мигрени. Германские специалисты считают, что “секс повышает наши способности к сосредоточению, стимулирует внимание и творческое мышление”.

Кроме того, сексуальная активность продлевает жизнь: те, кто занимается любовью регулярно (не меньше 2-х раз в неделю), живут гораздо дольше тех, кто вспоминает о сексе менее раза в месяц.

МОЖНО ЛИ ОБРАДОВАТЬСЯ КАРИЕСУ?

С кариесом если и не все так просто, то хотя бы отчасти ясно: нужно регулярно чистить зубы, полоскать рот фтористой водой, не быть сладкоежкой и пить меньше газированных напитков, не забывая при этом два раза в год навещать вашего стоматолога. Если эти меры и не избавят вас полностью от зубной боли, то, вероятнее всего, сведут встречи с бормашиной к минимуму. С деснами дело обстоит

иначе: пародонтит или рак полости рта отнял у многих не только все зубы, но и жизнь.

Пародонтит – наиболее распространенная причина потери зубов у взрослых, причем он не только уничтожает ткань, которая скрепляет кость с деснами. Проявление пародонтита подозрительно приближено к симптомам сердечных заболеваний. Многочисленные наблюдения наводят стоматологов на мысль, что эта бактериальная инфекция может стать причиной инфаркта, перекочевав из рта в сердце через кровеносные сосуды.

Что же касается рака полости рта, то сомнений насчет его смертоносности, к сожалению, нет. Ежегодно в мире регистрируется 35 тысяч подобных случаев, и почти четверть из них кончается смертельным исходом. 75% заболевших грешат теми же вредными привычками, которые приводят и к другим онкологическим болезням: интенсивным курением или злоупотреблением спиртными напитками. Однако и апологеты здорового образа жизни не застрахованы от беды. Ученые считают, что причиной инфекции может стать так называемый вирус человеческой папилломы, который передается половым путем – через оральный секс.

Фактически на сегодняшний день существует единственное оружие против заболевания десен, приводящего к фатальным исходам – ранняя диагностика и профилактика. Первым признаком рака может быть маленький красный или белый фурункул в полости рта. Технологии более ранней диагностики, увы, пока еще в стадии тестирования. Поэтому совет стоматологов недвусмысленный: уход за полостью рта должен выходить далеко за рамки заботы о красоте вашей улыбки. Последствия небрежности нешуточные – ведь где-то в мире ежедневно умирает очередная жертва оральных патологий.

URL: <http://stomatologist.org/>

ОФИСНОЕ ОТБЕЛИВАНИЕ ЗУБОВ С ПОМОЩЬЮ СИСТЕМЫ BEYOND POLUS НА БАЗЕ ГУП РО «ОБЛАСТНАЯ ХОЗРАСЧЕТНАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА»

Е. В. МАРТЫНЕНКО, врач-стоматолог-терапевт; ГУП РО «ОХСП», г. Ростов-на-Дону

В последнее время большую популярность в эстетической стоматологии приобрела процедура отбеливания, которую можно проводить и в домашних, и в офисных условиях. В данной статье мы остановимся подробнее на инновационном методе кабинетного отбеливания зубов с помощью системы Beyond Polus.

Клинические испытания показали, что отбеливание с помощью данной системы является самым безопасным, безболезненным и эффективным методом, не вызывающим повреждения структуры зуба. Технология Light Bridge, разработанная Beyond Polus, позволяет передавать мощный равномерный поток света из двух источников, при этом очищая и обрезая спектр света до «холодного» с помощью фильтрующих линз и оптических микроволн. Основным активным веществом является перекись водорода, которая проникает в дентинные каналы и

окисляет пигмент и органические вещества. Главным преимуществом отбеливания «холодным светом» является отсутствие тепла, что устраняет такие осложнения, как ожог слизистой оболочки десны и красной каймы губ, раздражение кожи и повышение чувствительности зубов.

Показания к применению системы Beyond Polus – это внутренние дисколориты зубов, к которым можно отнести:

- тетрациклиновые зубы;
- флюороз;
- возрастные изменения цвета зубов за счет склерозирования дентинных канальцев, истончения эмали и образования вторичного дентина;
- ятрогенное окрашивание;
- последствия травмы зуба.

К противопоказаниям относятся: беременность,

грудное вскармливание, возраст пациента до 18 лет, а также индивидуальная непереносимость перекиси водорода.

Перед процедурой отбеливания необходима санация полости рта, снятие зубных отложений, лечение слизистой оболочки десны при наличии воспалительных процессов. Пациент должен быть предупрежден, что коронки, виниры, композитные пломбировочные материалы, а также изменения цвета зубов после применения резорцин-формалинового метода не подлежат отбеливанию. При санации полости рта к каждому пациенту должен быть индивидуальный подход. С одной стороны, не все кариозные и некариозные поражения (клиновидный дефект, патологическая стираемость) нужно лечить перед процедурой отбеливания, а пломбы ненадлежащего качества переделывать, чтобы избежать несоответствия цвета тканей зуба и композитного пломбировочного материала по окончании процедуры. С другой стороны, есть вероятность усиления или развития местной гиперестезии, осложнения кариеса и т. д., поэтому врач-стоматолог должен тщательно изучить состояние твердых тканей зубов и провести лечение до отбеливания и, по необходимости, после. Часто решением данной проблемы является поверхностная коррекция пломб после процедуры отбеливания для лучшего эстетического эффекта.

Система Beyond Polus имеет 3 режима использования: мягкий, нормальный и интенсивный, что обеспечивает комфорт и безболезненность процедуры каждому пациенту.

Перед началом манипуляции необходимо определить исходный цвет зубов по шкале VITA, зафиксировать оттенок на фотографии для наглядного сравнения результата. Пациент должен находиться в удобном положении в кресле, проглатывать слюну без затруднения, так как использование слюноотсоса нежелательно. На красную кайму губ наносится защитный крем, в полость рта устанавливается ретрактор Beyond Flexi Blue, и прикрывается салфеткой нижняя треть лица. На сухую поверхность десны наносится жидкий коффердам BE-

YOND™ BlueSeal толщиной 2–3 мм и полимеризуется с помощью LED Curing Light (2–3 секунды на каждый зуб). Отбеливающий гель необходимо наносить равномерно на всю вестибулярную поверхность зуба толщиной 2–3 мм. Перед каждым циклом гель тщательно убирается с помощью пылесоса без применения воды и наносится новым слоем. Оптимальное время каждого цикла – 10–12 минут с повтором 3 раза. После заключительного цикла остатки геля смывают водой.

На фото 1 и 2 представлены результаты отбеливания зубов с помощью системы Beyond Polus.

Часто в эстетической стоматологии возникает проблема дисколорита единичных зубов. Существует уникальная возможность точечного отбеливания с помощью режима Spot Whitening лампы LED Curing Light, входящей в систему Beyond Polus. В таком случае защитный гель наносится на десну в области причинного зуба и на рядом стоящие зубы. Лампа LED Curing Light устанавливается под углом 90 градусов, максимально приближенно к поверхности зуба. Оптимальное время цикла – 10–12 минут.

После процедуры отбеливания поверхность зуба более подвержена проникновению красителей, поэтому необходимо соблюдать строгую «белую» диету в течение 48 часов и относительную – в течение двух недель. Также этот период является самым эффективным для проведения реминерализующей терапии. Отбеливание зубов с помощью системы Beyond Polus не рекомендовано проводить чаще, чем один раз в год.

Дополнительную информацию по услуге отбеливания зубов с помощью системы Beyond Polus Вы можете получить, обратившись к специалисту в ГУП РО «Областная хозрасчетная стоматологическая поликлиника», по адресу: г. Ростов-на Дону, ул. Советская, 40 или на нашем сайте www.gupohsp.ru



Фото 1. А – вид зубов до процедуры, Б – после отбеливания зубов с помощью системы Beyond Polus.



Фото 2. А – вид зубов до процедуры, Б – после отбеливания зубов с помощью системы Beyond Polus.

Стол зубного техника «Универсал»



Стол «Универсал» — самая профессиональная и современная модель стола зубного техника. Это рабочее место нового поколения, разработано с учетом всех существующих в мире аналогов. Сочетание надежности и качества — это главные преимущества данного изделия. Главной функциональной частью рабочего места зубного техника является АВУ (автономное вытяжное устройство), состоящее из **бесщеточного мотора немецкого производства, не требующего обслуживания на протяжении всего срока эксплуатации**, оснащенный дополнительной вибрационной защитой, что **гарантирует** ему максимальную бесшумность. **Встроенный термодатчик** обеспечивает отключение вытяжной системы при появлении перегрузки, когда засорится воздушный фильтр. Получается, что самая главная часть рабочего места никогда не сгорит. Также имеется дополнительный воздушный фильтр тонкой очистки, самый популярный и доступный в автопроме.

Тип «Универсал» — это как хороший автомобиль, который покупаешь, чтобы им только пользоваться, а не заниматься текущим и капитальным ремонтом.

Данная модель стола зубного техника обладает **повышенной устойчивостью**, благодаря использованию мощной конструкции ног типа «Терминатор». На столе используется светильник люминесцентный, бестеневой, пылевлагозащищенный, имеющий **регулируемую высоту** подвески системы «Joker». Тумба автономная имеет **максимальное количество** металлических ящиков на роликовом ходу — пять.

Конечно, вы можете купить другое рабочее место зубного техника и всегда с ним мучиться: искать фильтры, менять щетки на моторе, привыкнуть к шуму; постоянно следить, чтобы мотор не сгорел от перегрузки при засорении воздушного фильтра...

Всегда есть выбор: получить постоянное беспокойство и вечный шум в ушах и голове... Или просто купить «Универсал» и радоваться жизни!

Спрос на **гипсовочные столы** побудил к выпуску самых рациональных и разнообразных конструкций, имеющих лучшие ценовые характеристики в стране.

Возможность создания самых оригинальных комплектаций при совершенстве серийных образцов открывает простор для производства продукции с учетом индивидуальных запросов, под конкретного заказчика.

*Эксперт-аналитик
Георгий САМАРСКИЙ.*



ООО «Профстол»

г. Самара, Заводское шоссе, 5,
тел.: (846) 312-14-59, 275-59-02,

www.universal-lab.ru

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПРИЧИН ПОВТОРНОГО ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДЕФЕКТАМИ ЗУБНЫХ РЯДОВ

Максюков С. Ю., Иванов А. С., Щепляков Д. С., Антоненко Г. В.;
ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России

В России, как и в других странах, высока потребность в ортопедической стоматологической помощи. В настоящее время у 70% населения России в возрасте 20–50 лет нарушена целостность зубных рядов и имеется необходимость в ортопедическом лечении [3]. При лечении частичного и полного отсутствия зубов перед врачом встает задача оптимального выбора конструкции протеза, которая должна быть надежной, функциональной и безопасной, то есть вызывать наименьшее количество осложнений, особенно в гарантийные сроки, и служить максимально длительно [2]. Это особенно важно, так как характер адентии необратим, высока вероятность прогрессирования потери зубов, а перспектива повторного протезирования неизбежна [1]. Рациональный выбор ортопедических конструкций при повторном протезировании невозможен без понимания закономерностей развития нежелательных последствий первичного протезирования [4].

Методология выбора средств и методов повторного протезирования с учетом результатов первичного протезирования на настоящий момент развития ортопедической стоматологии требует совершенствования. В первую очередь, отсутствуют сведения о результатах первичного протезирования в зависимости от типов применяемых конструкций, осложнениях и недостатках протезирования, не учитываются особенности клиник, где осуществлялось первичное протезирование. Получение такой информации в результате исследования в крупных городских и сельских районах позволит научно обосновать методику повторного протезирования, повысить точность прогноза исходов ортопедического лечения в зависимости от конструкции зубных протезов, выделить неэффективные методики протезирования и наметить пути оптимизации существующих перспективных способов ортопедического лечения адентии. При этом целесообразно использование стандартизованных подходов при планировании и прогнозировании повторного протезирования на основе специальных компьютерных программ.

Целью работы явилось выявление демографических, медицинских, социальных и мотивационных характеристик пациентов, сроков эксплуатации протезов, распространенности классов адентии и типов ортопедических конструкций при обращении больных в клиники Ростовской области для повторного протезирования зубов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На первом этапе работы была сформирована группа из 621 пациента, которые обратились в стоматологические клиники Ростова-на-Дону по поводу замены зубных протезов спустя 1–10 лет после первичного протезирования в селах и городах Ростовской области, а также в Ростове-на-Дону. Среди обследованных 267 пациентов (43,0%) получали первичное протезирование в клиниках города

Ростова-на-Дону, 201 пациент (32,4%) – в медицинских учреждениях других городов Ростовской области и 153 пациента (24,6%) – в сельских районах Ростовской области. Возраст больных варьировался от 19 до 75 лет, в среднем составив $64,5 \pm 1,6$ лет. По полу указанную группу составили 398 женщин (64,1%) и 223 мужчины (35,9%). Поскольку у части больных ($n=417$) имелось несколько зубных протезов, общее количество исследованных конструкций было 1107. Число несъемных конструкций, нуждающихся в замене, составило 771 протез (69,6%), а число съемных конструкций было 336 (30,4%). У 68 пациентов (11,0%) ранее применялись имплантаты; среди 68 протезов на имплантатах 65 (95,6%) были несъемными, а 3 – съемными (4,4%).

У 531 больного (85,5%) отмечались сопутствующие соматические патологии: сердечно-сосудистые заболевания (25,1%), заболевания желудочно-кишечного тракта (18,7%), остеопороз (17,2%), сахарный диабет (12,7%), бронхо-легочные заболевания (11,8%). Данные о состоянии соматического статуса получены из выкопировок и выписок из амбулаторных карт по месту жительства.

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

РЕЗУЛЬТАТЫ

У больных, нуждающихся в повторном протезировании, преобладали несъемные протезы над съемными (69,6% против 30,4%, соответственно) (табл. 1, 2).

В подгруппе больных, которым первичное протезирование выполняли в Ростове-на-Дону, среди обследованных несъемных зубных конструкций преобладали штампованно-паянные с облицовкой и без нее – 89,2% (73,9% и 15,3% соответственно). Цельнолитые, пластмассовые и керамические протезы подвергались повторной замене гораздо реже. В городах РО доля штампованно-паянных протезов также была наибольшей (77,9%). По сравнению с предыдущей подгруппой возросла встречаемость цельнолитых протезов с керамической облицовкой (9,9% против 4,2%) и пластмассовых протезов (4,9% против 0,3%), нуждающихся в замене. Протезы, которые были установлены больным в сельских районах и нуждались в замене, в 56% случаев были штампованно-паянными, в 21,7% – цельнолитые без облицовки, в 18,3% – цельнолитые с керамической облицовкой. Повышение встречаемости дефектных цельнолитых зубных конструкций, установленных в сельских районах, свидетельствовало о низком опыте ортопедов при работе с ними.

Большинство съемных конструкций, подлежащих замене, представляли собой частичные съемные протезы (75%), бюгельные протезы составили лишь 3,6%. На долю полных съемных протезов, которые нуждались в замене, пришлось 21,4% (табл. 2).

Таблица 1

Частота встречаемости различных видов несъемных протезов (n=771) у обследованных лиц

Виды несъемных протезов	г. Ростов-на-Дону		Города РО		Сельские районы РО		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Штампованно-паянные	246	73,9	167	63,5	77	44,0	490	63,6
Штампованно-паянные с пластмассовой облицовкой	51	15,3	38	14,4	21	12,0	110	14,3
Цельнолитые без облицовки	15	4,5	13	4,9	38	21,7	66	8,6
Цельнолитые с пластмассовой облицовкой	6	1,8	4	1,5	3	1,7	13	1,7
Цельнолитые с керамической облицовкой	14	4,2	26	9,9	32	18,3	72	9,3
Пластмассовые	1	0,3	13	4,9	4	2,3	18	2,3
Керамические	-	-	2	0,8	-	-	2	0,3
Всего	333	100,0	263	100,0	175	100,0	771	100,0

Таблица 2

Частота встречаемости различных видов съемных протезов у обследованных лиц

Виды съемных протезов	г. Ростов-на-Дону		Города РО		Сельские районы РО		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Бюгельный	-	-	4	3,4	8	10,8	12	3,6
Частично съемный	132	91,0	81	69,2	39	52,7	252	75,0
Полный съемный	13	9,0	32	27,4	27	36,5	72	21,4
Всего	145	100,0	117	100,0	74	100,0	336	100,0

В Ростове-на-Дону замене подвергались в 91% случаев частичные съемные протезы, в городах РО их количество снижалось за счет повышения встречаемости дефектных полных съемных протезов. В селах РО частичные съемные протезы составляли около половины конструкций (52,7%), остальные протезы были полными съемными (36,5%) и бюгельными (10,8%). Таким образом, в селах протезирование полными съемными и бюгельными конструкциями требовало совершенствования технологий, между тем как в городах РО эти протезы редко подвергались замене.

Среди обследованных больных процент встречаемости протезирования на имплантатах составил 10,95% (68 человек). Таким образом, только одна десятая доля повторного протезирования приходилась на имплантационные протезы. Встречаемость имплантационного протезирования составила от общего количества имплантатов: в г. Ростове-на-Дону – 45 протезов (66,2%), в городах РО – 23 протеза (33,8%); в селах РО повторное протезирование с использованием дентальных имплантатов отсутствовало. Среди 68 имплантационных зубных конструкций процент встречаемости несъемных протезов составил 95,6% (n=65), в том числе одиночные и объединенные коронки, типичные мостовидные и разборные конструкции, а 3 конструкции были съемными (4,4%).

У обследованных пациентов встречались все классы адентии по Кеннеди: чаще других наблюдений имело место сочетание дефектов различных классов (45,8%); в 26% случаев встречался односторонний дистально ограниченный дефект (включенный дефект), в 16,7% – односторонний дистально неограниченный дефект (концевой дефект). Распределение дефектов зубных рядов пациентов в соответствии с классификацией Е. И. Гаврилова было

следующим: комбинированные дефекты зубных рядов – 36,7%, включенные дефекты – 32,2%, концевые дефекты – 22%. У 9,1% пациентов отмечались челюсти с одиночно сохранившимися зубами.

Однотипное протезирование зубных дефектов было отмечено в 77,1% случаев, а комбинированное протезирование – в 22,9%.

Далее была проанализирована структура мотиваций замены протезов. После первичного протезирования в Ростове-на-Дону самой частой мотивацией для обращения к ортопеду было затрудненное откусывание и пережевывание пищи (42,7%); второй по распространенности причиной являлась поломка (изношенность) имеющегося протеза (38,2%), а в 31,8% пациентов беспокоили эстетические нарушения; в 18% случаев к ортопеду больных направили стоматологи других специальностей. Доля пациентов, обратившихся к стоматологам-ортопедам в рамках плановой диспансеризации, была небольшой и составила 1,9%.

Иной была структура мотивов в городах и селах РО: при замене протезов, изготовленных пациентам в клиниках городов РО, самой частой мотивацией была поломка зубной конструкции; второй по распространенности причиной было затрудненное откусывание и пережевывание пищи (46,3%); на третьем месте стояли эстетические нарушения (30,8%). Направление стоматологов других специальностей привело каждого пятого пациента к решению обратиться к ортопеду (21,4%). После первичного протезирования в сельских стоматологических учреждениях двумя частыми причинами для обращения больных к ортопеду были затрудненное откусывание и пережевывание пищи (64,7%), а также выход протезов из строя (63,4%); эстетические нарушения беспокоили больных в 46,4% случаев. В сельских районах обращает на себя внимание крайне

низкая встречаемость направлений больных к ортопедам врачами других стоматологических специальностей (4,6%) и отсутствие профилактических осмотров.

Анализ структуры объективных причин замены протезов при повторном протезировании у обследованных показал, что в г. Ростове-на-Дону основной причиной замены протезов были эстетические нарушения (29,2%) и субъективное желание пациента (27%), связанное с желанием заменить протезы на более качественные,

современные и эстетичные (табл. 3). Третьей по счету причиной повторного протезирования явилась плохая фиксация протеза (19,8%). Поломка протеза, требующая его замены, была отмечена в 17,6% случаев. Необходимость изготовления дополнительного протеза была отмечена в 14,6% случаев. Таким образом, в городе Ростове-на-Дону технологические причины повторного протезирования были редкими.

Таблица 3

Структура причин замены протезов при повторном протезировании у обследованных лиц

Причина	г. Ростов-на-Дону		Города РО		Сельские районы РО		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Поломка протеза	47	17,6	65	32,3	72	47,1	184	29,6
Перелом опорных зубов	24	9,0	18	9,0	38	24,8	80	12,9
Расцементировка коронки	26	9,7	16	8,0	32	20,9	74	11,9
Эстетические нарушения	78	29,2	104	51,7	57	37,3	239	38,5
Необходимость в дополнительных протезах	39	14,6	36	17,9	35	22,9	110	17,7
Боли в области протеза	24	9,0	9	4,5	17	11,1	50	8,1
Субъективное желание пациента	72	27,0	34	16,9	12	7,8	118	19,0
Плохая фиксация протеза	53	19,8	61	30,3	64	41,8	178	28,7
Другое	6	2,2	9	4,5	4	2,6	19	3,1
Всего	267	100	201	100	153	100	621	100

В городах РО первой по частоте причиной замены зубных конструкций были эстетические нарушения (51,7%); поломка протеза в 32,3% случаев приводила к необходимости повторного протезирования; третьей по встречаемости причиной повторного протезирования была плохая фиксация протеза (30,3%). Таким образом, в городах РО возрастал удельный вес причин технического характера. Также высокими по распространенности были технические причины замены протеза в селах РО: поломка протеза наблюдалась в 47,1% случаев, плохая фиксация протеза – в 41,8%, эстетические нарушения – в 37,3%. Необходимость изготовления дополнительных протезов, расцементирование коронки наблюдались у каждого пятого больного.

При протезировании в Ростове-на-Дону и городах РО длительность пользования несъемными протезами в большинстве случаев находилась в диапазоне от 8 до 10 лет (37,2% и 33,1% соответственно). При протезировании в сельских районах РО модальный класс по срокам эксплуатации протезов приходился на диапазон от 6 до 7 лет. В среднем срок эксплуатации протезов при протезировании в городе Ростове-на-Дону составил $8,9 \pm 0,5$ года, в городах РО – $9,3 \pm 0,7$ года, в селах РО – $6,3 \pm 0,4$ года. Срок эксплуатации несъемных зубных конструкций при протезировании в городе Ростове-на-Дону и городах РО был продолжительнее по сравнению с сельскими районами РО на 41,3% ($p < 0,05$) и 47,6% ($p < 0,05$) соответственно. Срок эксплуатации съемных протезов при протезировании

в Ростове-на-Дону составил $7,2 \pm 0,4$ года, в городах РО – $6,9 \pm 0,5$ года, в селах РО – $4,5 \pm 0,3$ года. Срок эксплуатации съемных зубных конструкций при протезировании в городе Ростове-на-Дону и городах РО был продолжительнее по сравнению с сельскими районами РО на 60% ($p < 0,05$) и 53,3% ($p < 0,05$) соответственно.

ВЫВОДЫ

1. В клиники Ростовской области за повторной ортопедической помощью чаще обращаются пациенты женского пола (64,1% против 35,9%), в возрасте старше 60 лет, по поводу замены несъемных протезов (69,6% несъемных протезов против 30,4% съемных протезов), проживающие в г. Ростове-на-Дону (43% против 32,4% и 24,6% соответственно в городах и селах РО), с сопутствующей соматической патологией в 85,5% случаев, после эксплуатации несъемных протезов преимущественно в течение 6–10 лет (63%), съемных протезов – в течение 4–7 лет (79,8%), с сочетанием дефектов зубных рядов различных классов по Кеннеди (45,8%), с мотивацией заменить вышедшие из строя старые протезы (52%) и низкой встречаемостью случаев направления больных врачами-стоматологами других специальностей (15,8%), особенно на селе.

2. Для улучшения качества повторного ортопедического лечения в сельской местности необходимо повышение квалификации врачей-ортопедов по вопросам использования современных ортопедических технологий.

Литература

1. Бутова В. Г., Кирилина М. Р., Лебедева А. Ф., Жеребцов А. Ю., Сахаров М. В., Сахаров П. В. Методические подходы к изучению сроков пользования и сроков службы зубных протезов // Стоматология для всех. – 2010. – №2. – С. 26–28.
2. Жеребцов А. Ю., Кирилина М. Р., Бутова В. Г. Индивидуальный срок службы на зубные протезы // Материалы Межинститут. науч. конф. с междунар. участием, посвящ. 65-летию окончания Второй мировой войны, 3 сентября 2010 г. – М., 2010. – С. 80–83.
3. Загорский В. А. Протезирование при полной адентии. – М.: Медицина. 2008. – 218 с.
4. Максюков С. Ю. Пути повышения эффективности повторного протезирования зубов // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2010. – №9. – С. 119.

КЛИНИЧЕСКИЙ И ГЕНЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ НЕСИНДРОМАЛЬНОЙ ОЛИГОДОНТИИ У РЕБЕНКА

Orlando Lopes Coelho Neto, Maria Fernanda Reis, Tician Medeiros de Saboia, Patricia Nivoloni Tannure, Leonardo Santos Antunes, Andrea Goncalves Antonio

Агенез зубов может быть определен как врожденное отсутствие одного и более зубов, за исключением третьего моляра. Данное явление считается самой распространенной зубочелюстной аномалией с частотой возникновения от 3,2% до 13,3% в различных популяциях. Если число отсутствующих зубов превышает 6 единиц, термином для такой патологии служит олигодонтия, в то время как анодонтия – понятие, означающее полное отсутствие зубов.

Этиология врожденного отсутствия зубов может быть связана с генетическими, нутриционными, травматическими, инфекционными и наследственными факторами, причем наследственный фактор оказывает наибольшее влияние. Согласно Lехner агенез зубов часто обнаруживается у индивидов с генетическими синдромами, расстройствами; также патологическое состояние может возникать как изолированные случаи.



При изучении изолированных, или несиндромальных, случаев многие исследователи обнаруживали корреляцию между агенезом зуба и генетическими мутациями у членов одной семьи, затрагивающими гены PAX9, MSX1, AXIN2 и EDA. Однако многие семьи с олигодонтией, описанные в литературе, не имеют никаких мутаций в указанных генах. Согласно Kuchler изменения в генах, которые могут повлиять на формирование зуба, ассоциируют с агенезом зубов. В недавнем исследовании авторы подтвердили, что полиморфизм в BMP2 приводит к агенезу зачатков. Также исходя из роли гена MMPs в эмбриогенезе, можно сделать вывод, что он может иметь значение в развитии патологии зубочелюстной системы. Letra удалось установить взаимосвязь между полиморфизмом MMP3 и расщелиной губы/неба.

Так как развитие губ, неба и зубов инициируется одними и теми же генами, целью данного исследования явилось изучение случая олигодонтии у ребенка с анализом полиморфных вариантов MMP3 и BMP2.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

В клинику обратилась 9-летняя девочка с лейкодермией и жалобами на неправильно расположенные зубы в полости рта. Получено добровольное согласие. В анамнезе жизни отмечаются нормальные роды, отсутствие системных патологий или каких-либо значимых данных. При внешнем осмотре никаких изменений не выявлено. Касательно стоматологического анамнеза, ребенок уже посещал стоматолога для профилактики и фторирования.

После тщательного осмотра полости рта было выявлено, что ребенок находится на стадии сменного прикуса с отсутствием трех первых постоянных моляров, отклонением средней линии, двусторонним задним перекрестным прикусом и глубоким небом (фото 1). После рентгенологического исследования подтверждено отсутствие следующих зубов: 16, 26 и 46, зубного зачатка 15 и всех постоянных вторых моляров (фото 2). Согласно данным родителей, другие члены семьи также имели агенез зубов, а конкретно: бабушка по папе, дядя, тетя и отец (фото 3).

Важно добавить, что пациентка была отправлена на ортодонтическое лечение в подходящем возрасте, а после коррекции кости и положения зубов она прошла ортопедическую реабилитацию. Вдобавок назначены регулярные контрольные визиты и даны указания по гигиене полости рта.

ГЕНЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Для получения геномной ДНК произведен забор эпителиальных клеток слизистой оболочки полости рта по утвержденному протоколу. Анализу подверглась ДНК показателем 260/280 выше 1,8. Были выделены два участка в двух генах путем ПЦР методом TaqMan с дальнейшими пробами на аллельное различие, проведенными при помощи Stragene Mx3005P PCR system (Stratagene, La Jolla, CA, USA).

РЕЗУЛЬТАТЫ ОТБОРА ГЕНОВ И АНАЛИЗА ПОЛИМОРФИЗМА ЕДИНИЧНЫХ НУКЛЕОТИДОВ

Мы отобрали гены, участвующие в краниофациальном развитии и полиморфизме (rs522616), которые до этого были изучены у бразильской популяции с расщелинами полости рта. Согласно Letra генетический маркер в MMP3 (rs 522616) показал существенную взаимосвязь со всеми типами расщелин у изученных индивидов. Вдобавок анцестральный аллель (A) в данном полиморфизме был ассоциирован с повышенным риском расщелин полости рта. Наш генетический анализ установил генотип для анализируемого пациента – AA. Другими словами, ребенок был носителем двух копий аллелей A, ассоциированных с расщелинами полости рта.

Касательно гена BMP2, недавнее исследование доказало его роль в развитии скелета: краниосиностоз, раннее закрытие одного или более черепных швов, достаточно частая врожденная аномалия. Аллель C оказалась ассоциирована с этим заболеванием. Наш анализ



Фото 1. Внутриротовые фотографии:
(А) фронтальный вид; (В) верхний зубной ряд; (С) нижний зубной ряд.

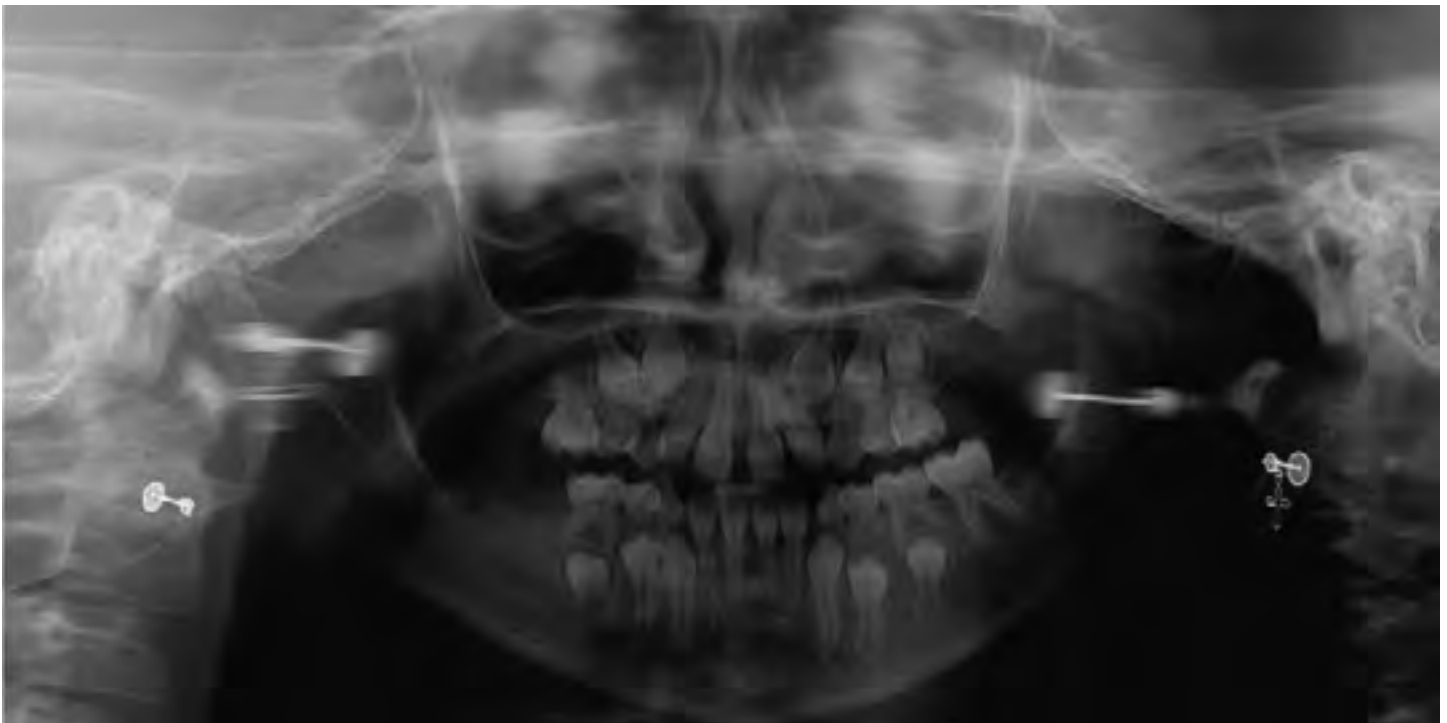


Фото 2. ОПТГ, демонстрирующая отсутствие зубов.

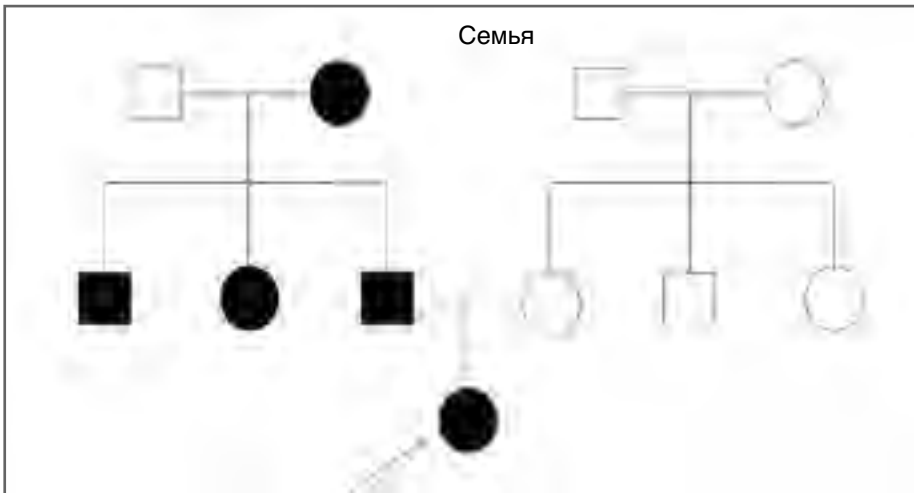


Фото 3.

Родословная семьи с олигодонтией; стрелкой показан пробанд. Черные фигуры – пораженные, белые фигуры – непораженные; квадраты – мужчины, круги – женщины

обнаружил генотип CC. Мы выдвинули предположение, что ребенок был носителем двух копий аллели C.

ОБСУЖДЕНИЕ

Гены PAX9, MSX1, AXIN2 и EDA связаны с этиологией агенеза зубов. Однако в процессе исследования были изучены и другие гены на предмет их ассоциации с челюстно-лицевыми патологиями. Среди них особенно выделяется MMP (matrix metalloproteinase gene), играющий важную роль в краниофациальном развитии, а также BMP (bone morphogenetic protein gene), который напрямую участвует в каскаде реакций на первых этапах одонтогенеза. В предыдущем исследовании были отобраны полиморфные rs522616 (MMP) и rs1884304 (BMP2). Letra подтвердил, что несмотря на четко неустановленную функцию, варианты rs 522616 (MMP3) располагаются в просвете гена и имеют регуляторный эффект на транскрипцию и функцию. Недавнее исследование предположило, что аллель A может усиливать промоторную активность и аугментировать фактор транскрипции. Также Ми при помощи биоинформатики установил, что полиморфный BMP2 имеет разные структуры BMP мРНК, а аллель G требует больше энергии для стабилизации мРНК, чем аллель A.

Исследование также предположило, что ген BMP2 прочно ассоциирован с расщелинами губ и случаями отсутствия зубов, а также с тяжестью проявления данных патологий. Kuchler подтвердил, что полиморфизм в гене MMP3 был ассоциирован с расщелиной губы и неба, а также с агенезом зубных зачатков. Vartzela установил, что частота зубных аномалий связана с тяжестью расщелин и мальформаций.

Важно заметить, что, несмотря на генетическое исследование данного случая, демонстрирующее полиморфизм в обоих генах MMP3 и BMP2, интерпретацию результатов следует проводить с осторожностью, так как данный случай является изолированным, в котором не проводился генетический анализ родственников. По этой причине для выявления возможной взаимосвязи были привлечены данные литературы. Проведен тщательный мониторинг литературы, но другого случая с полиморфизмом в исследуемых генах и агенеза зубов найдено не было.

Диагностика агенеза зубов зависит от анамнеза, клинического и рентгенологического обследования. Кроме того, для ранней диагностики такой патологии обязательным является выполнение ОПТГ.

Данное исследование помогло определить отсутствие зачатков зубов в описываемом клиническом случае: верхнего левого второго премоляра, верхнего правого и левого первых моляров, нижнего правого первого моляра и всех вторых премоляров. Ситуация с отсутствием вторых премоляров, латеральных резцов и третьих моляров встречается весьма часто, однако агенез первых и вторых моляров, как в данном клиническом случае – редкое явление. Согласно Abe частота отсутствия верхних первых моляров составляет 0,5%.

По данным литературы, существует высокое превалирование отсутствия постоянных первых моляров симметричным характером на верхней зубной дуге. Однако никаких данных по двустороннему отсутствию аналогичных зубов на нижней челюсти не получено. Ребенок, представленный в данном клиническом случае, имел симметричное, или двустороннее, отсутствие постоянных первых моляров на верхней челюсти, в то время как на нижней челюсти произошел агенез только постоянного правого первого моляра.

Когда мы говорим об агенезе зачатков постоянных вторых моляров, мы должны принимать во внимание данные Moyers, которые говорят, что развитие зачатков постоянных вторых моляров происходит в возрасте 3 лет у обоих полов. Таким образом, в возрасте 9 лет данные зачатки уже должны быть видны рентгенологически. По этой причине авторы смогли заявить об отсутствии данных зубов у ребенка.

Неизбежным последствием олигодонтии является малокклюзия из-за неадекватного положения зубов в процессе роста, недостаточности альвеолярного отростка из-за неполного комплекта зубов и избыток места между зубными дугами. В данном случае все вышеуказанные характеристики были очевидны, поэтому пациентка была направлена на ортодонтическое лечение. Кроме того, в подходящем возрасте должна быть проведена ортопедическая реабилитация.

Подводя итог, можно сказать, что агенез зубов представляет собой клиническую и социальную проблему, так как такие пациенты обычно страдают от неадекватного жевания, малокклюзии, фонетики и неудовлетворительной эстетики. Данные проблемы также имеют поведенческий оттенок и воздействие на личность пациента, поэтому ранняя диагностика, ведение и лечение таких состояний на подходящем этапе приобретают особую важность.

URL: <http://stomatologclub.ru/>

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В РАБОТЕ КОМПРЕССИОННО-ДИСТРАКЦИОННОГО ОСТЕОСИНТЕЗА У ДЕТЕЙ С НЕДОРАЗВИТИЕМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

С. А. Нерсесянц, зав. отделением челюстно-лицевой хирургии; Т. С. Нерсесянц, к.м.н.; ГБУ РО «РОКБ»

Такие жизненно важные функции, как дыхание, глотание, жевание, речь находятся в прямой зависимости от сбалансированного развития и работы всех звеньев зубочелюстной системы.

В нашей стране до начала 21 века наиболее распространенными методами для устранения врожденных и приобретенных дефектов, деформаций и недоразвитий верхней и нижней челюстей считались костная пластика ауто- и аллотрансплантатами, остеотомия челюстей, но у каждого из этих методов имеются довольно серьезные недостатки: дополнительная травма при заборе ауто-трансплантата, его рассасывание, отторжение. Сложности также возникали при подборе биосовместимого материала, особенно при возможности отследить отдаленные результаты. Остеотомия возможна, как правило, по завершении роста лицевого скелета.

Все перечисленные недостатки послужили мотивацией к работе над новыми методиками, которые смогли бы не только разнообразить весь спектр возможностей, но и, не неся в себе эти недостатки, исключать в дальнейшем вызываемые ими осложнения.

В самом принципе компрессионно-дистракционного остеосинтеза нет ничего нового. Еще в 1954 г. Г. А. Илизаровым была выдвинута теория так называемого растягивания костной мозоли, которая затем была подтверждена экспериментально. Суть ее заключалась в активации остеогенеза через кратковременную компрессию свежих костных раневых поверхностей, а затем дозированную дистракцию возникшей костной мозоли до образования регенерата нужного размера.

Опыт устранения недоразвития нижней челюсти с использованием компрессионно-дистракционного аппарата в отделении челюстно-лицевой хирургии ГБОУ «РОКБ» нельзя назвать большим. Это связано не только с незначительным по времени сроком применения метода – с 2010 г., но и в большей степени с нежеланием основной массы родителей заниматься многоэтапным, недешевым лечением ребенка, которое включает, в самых простых случаях, две операции (установку и снятие КДА), а также ортодонтическую реабилитацию.

С 2010 г. нами пролечено трое пациентов с использованием компрессионно-дистракционного метода. На основании данных, полученных на догоспитальном этапе обследования, выбирали соответствующий вид КДА. На прозрачную бумагу переносили изображение ортопантограммы, которая была сделана в масштабе 1:1. На рисунке размечали вектор дистракции с учетом расположения зубных зачатков и корней зубов. При необходимости удлинения восходящей ветви нижней челюсти (2 пациента) вектор дистракции располагали параллельно заднему краю ветви, а при удлинении тела (1 пациент) вектор шел параллельно окклюзионной плоскости. Также в дообследование было включено СКТ

для точного установления костного дефицита.

Все операции проводились под общим обезболиванием, с назо-трахеальной интубацией. Из особенностей следует отметить значительные трудности при интубации, связанные со смещением языка кзади при недоразвитии нижней челюсти и отклонением гортани в сторону укороченной ее части. В одном случае указанные изменения привели к необходимости использования бронхоскопа.

Для увеличения длины восходящей ветви нижней челюсти применяли вертикальный костный КДА. В поднижнечелюстной области проводится разрез кожи длиной 5–7 см, из которого осуществляется скелетирование наружной поверхности восходящей ветви нижней челюсти. Линия распила кости, ранее установленная на бумаге при планировании операции, размечается на кости. Остеотомия выполняется при помощи пилы силовой установки СТРАЙКЕР до внутренней кортикальной пластинки, которая только надламывается. Затем устанавливается КДА и фиксируется к каждому костному фрагменту не менее чем тремя винтами. Далее выполняется компрессия. Рана дренируется и послойно ушивается с выведением активатора КДА на 1,5–2 см в подчелюстную область.

Таким методом нами было прооперировано двое детей в возрасте 3 и 5 лет с костным дефицитом 1,2 и 2,8 см соответственно. В обоих случаях получен хороший результат с устранением дезокклюзии и асимметрии. Регенерат в первом случае 2,0 см, во втором – 3,5 см для гиперкоррекции с учетом роста лицевого скелета. Для удлинения тела нижней челюсти использовался внутриротовой горизонтальный КДА. Из разреза на слизистой переходной складки нижней челюсти скелетировалось тело нижней челюсти с укороченной стороны; линию остеотомии проводили между 75 и 36 зубами с использованием той же техники и силового агрегата. КДА устанавливался по описанной схеме. Рана на слизистой ушивалась без дренирования, активатор располагался в преддверии полости рта, чуть ниже линии смыкания зубов. При костном дефиците 2,2 см размер регенерата составил 3,0 см. Темп дистракции не превышал 1 мм в сутки дробно, в четыре приема.

Таким образом, при использовании КДА удается избежать вышеперечисленных осложнений. Устранение недоразвития и дефектов нижней челюсти достигается за счет местных тканей: растяжения костной мозоли и слизистой, кожи, мышц, сосудов и нервов ткани. В то же время, несмотря на хороший функциональный эффект, необходимо отметить, что при использовании КДА сохраняются косметические нарушения, не всегда удается полностью устранить дизокклюзию. Это означает, что по мере совершенствования самих КДА будут выявляться новые пути решения эстетических проблем и функционального восстановления зубочелюстной системы.

КАК УВЕЛИЧИТЬ ПОТОК ПАЦИЕНТОВ НА ИМПЛАНТАЦИЮ В ПЕРИОД КРИЗИСА

Ирина Емельянова, генеральный директор Alpha Dent Implants (в России и странах СНГ)



Сегодня большая часть бизнеса почувствовала на себе влияние экономического кризиса, впрочем, как и население нашей страны. Снижение цен на нефть, падение национальной валюты, рост цен на продовольственные продукты, услуги ЖКХ, множественное сокращение рабочих мест, и это наряду с тем, что уровень дохода населения, по статистике, остается прежним.

Такой сегмент бизнеса, как стоматология, особенно резко почувствовал на себе влияние кризиса. Так, ухудшение финансового благосостояния населения повлекло за собой сокращение семейных бюджетов и, как следствие, сокращение потока пациентов в коммерческие и частные стоматологические клиники. Пациенты выбирают клинику с административным финансированием, что делает их лечение максимально экономичным, или делают выбор в пользу более дешевого лечения, поэтому такая процедура, как установка имплантата, переживает не самые лучшие времена.

Минздрав в докризисный период выдвинул имплантацию в разряд социальной процедуры, которая была доступна всем слоям населения, с любым уровнем дохода. Благодаря государственной программе финансирования имплантация была включена в оплачиваемую страховку, поэтому услуги по установке дентальных имплантатов были введены в стоматологических клиниках повсеместно.

Как в кризис сохранить и даже приумножить число клиентов на имплантацию, при этом сделать предложение по цене максимально комфортным?

1. Реклама. Стоматологические клиники активно позиционируют себя в средствах массовой информации: реклама на радио, телевидении, в журналах, установка баннеров возле клиник, билборды, лайт-боксы, индивидуальные сайты-визитки компании, обмен рекламой с сайтами партнеров.

2. Акции. Стоматологические клиники делают различные специальные предложения на услуги по установке имплантата, предоставляя самые низкие цены, гарантии и дополнительные услуги.

3. Интернет и СМИ. Пациенты стали более осведомлены. Реклама, форумы, видеоматериалы, отзывы и т.д. помогают пациентам быть в курсе о возможных противопоказаниях к такой процедуре, побочных явлениях, правилах ухода. Но этот аспект имеет две стороны. С одной стороны, хорошо, когда пациент представляет ход процедуры и ее результат. Но в СМИ, к сожалению, часто

освещаются мифы и «страшные истории» о неудачной операции по установке имплантата или его завышенной стоимости и возможном отторжении. В таких случаях врач-стоматолог выступает в роли психолога, давая возможность пациенту сделать выбор в пользу имплантации как альтернативного, а иногда и единственного способа лечения.

4. Конкуренция среди производителей имплантатов становится более жесткой. На сегодняшний день в мире насчитывается более 500 компаний-производителей дентальных имплантатов, которые в своей борьбе за клиента идут на различные уловки, чтобы завоевать свою долю рынка и новых клиентов. Среди них компании с мировыми именами, собственным производством и исследованиями в области стоматологической имплантологии и челюстно-лицевой хирургии. Но среди такого огромного числа производителей, к сожалению, есть и компании-однодневки, которые, не имея собственных разработок и производственных мощностей, предлагают рынку стоматологических клиник продукты сомнительного качества и с низкой ценой.

5. Производители имплантатов снижают цены, и это объективно. Как и любой другой продукт, цена на имплантат включает в себя себестоимость продукта, желаемую прибыль компании-производителя, рекламные проекты, научные исследования, затраты на выставки, конгрессы, дилерские наценки и бонусы и многое другое. Радует то, что в период кризиса большинство производителей имплантатов **снижают цену не за счет экономии на качестве материала, а за счет снижения затрат на маркетинг и продвижение бренда.**

ЧЕГО ХОЧЕТ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА?

- Сохранения прибыли независимо от кризисных перемен с сохранением стоимости услуги для клиента на прежнем уровне;

- Постоянного потока пациентов;
- Расширения базы первичных пациентов;
- Расширения спектра стоматологических услуг без дополнительных вложений с целью удовлетворения всех потребностей пациента;
- Узнаваемости клиники (бренда) пациентами;
- Привлечения высококвалифицированных специалистов для работы в клинике;
- Профессионального роста персонала клиники;
- Хороших отзывов о клинике, врачах, ценах, качестве процедур и т. д.;
- Высоких рейтингов среди клиник-конкурентов.

ЧЕГО ХОЧЕТ ПАЦИЕНТ?

- Получения качественной процедуры;
- Недорогостоящую стоматологическую услугу;
- Быстрого и безболезненного лечения;
- Гарантии качества на услуги и используемые материалы;
- Сервисного и гарантийного обслуживания;
- Профессионализма врачей;
- Хороших отзывов о клинике, врачах и предоставляемых услугах;



- Внимательного отношения к себе;
- Честности врача-стоматолога в предложении индивидуального лечения.

Экономический кризис – ситуация, как известно, временная, поэтому четко разработанный и грамотно выстроенный план работы в этот период позволит стоматологической клинике сохранить свои объемы работы и клиентов.

Помните, что любой пациент должен получить самое лучшее лечение в вашей стоматологии. В лечении должны быть использованы качественные материалы по доступной для клиента цене. Стоматологическая клиника должна оправдать все ожидания пациента и получить при этом достойную прибыль, сохранив данного пациента и обеспечив отличные отзывы для других потенциальных клиентов.

КАК СОХРАНИТЬ СВОЙ УСПЕХ В КРИЗИС БЕЗ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ВЛОЖЕНИЙ?

Одно из верных решений – это заключить **партнерское соглашение с прямым представителем компании по производству дентальных имплантатов**, тем самым снизить конечную себестоимость этой процедуры:

- увеличение числа потенциальных пациентов за счет разработки акций, спецпредложений совместно с прямым поставщиком имплантатов в Вашей стране;
- **разработка специальных условий и скидок напрямую от поставщика имплантационной системы**, привлечение клиентов на имплантационные системы эконом-варианта без ущерба в качестве;
- **установка докризисной цены на имплантацию**



с тем же уровнем прибыли для клиники за счет снижения доли затрат на покупку имплантатов у прямого поставщика. Закупка имплантатов в хороших объемах – это мощная скидка до 50%;

- включение в спектр основных услуг дополнительных процедур в качестве бонусов;
- рассрочки для пациентов на дорогостоящее лечение;
- информирование пациентов с помощью рекламных продуктов, предоставляемых компанией-производителем имплантатов;
- **совместная реклама с компанией-производителем имплантатов на различных интернет-ресурсах и СМИ;**
- рекомендации в разработке малобюджетного маркетинга для стоматологии.



Позвоните нам сегодня, и мы вместе разработаем рекламную кампанию для продвижения и повышения узнаваемости Вашей клиники, а также создадим для Вас индивидуальные выгодные условия долгосрочного сотрудничества.



Ирина Емельянова
генеральный директор
Alpha Dent Implants
(в России и странах СНГ)

**ПРЯМОЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ
ALPHA DENT IMPLANTS В РОССИИ (Г. МОСКВА)**

+7 (906) 769-88-41 +7 (495) 968-88-46

+7 (903) 968-88-46

WWW.ALPHA-DENT.NET

WWW.ALPHA-DENT-IMPLANTS.RU

GRANULOTEC®

Лечение различных форм периодонтита зубов, включая апикальную гранулему.

Инфицированные каналы?
Апикальная гранулема?
Периодонтит?

• РЕШЕНИЕ ЕСТЬ!



Эксклюзивный представитель в России
ООО «Валлекс М»



- Активное противовоспалительное действие
- Регенерация грануляций
- Регенерация периодонтальных тканей
- Устранение резкой боли при лечении
- Оптимальное использование времени и средств



Валлекс М

Эксклюзивный представитель в России — ООО «Валлекс М»
Москва, Старокалужское шоссе, д. 62
Тел/факс: (495) 784-71-24, тел.: (495) 933-41-81
E-mail: stom@vallexm.ru; www.vallexm.ru

Филиал ООО «Валлекс М»
Санкт-Петербург, Гражданский пр., 24
Тел.: (812) 240-47-10
E-mail: vallexm-stom@nkl.ru



ЛИДЕР ФРАНЦУЗСКОГО РЫНКА СРЕДИ ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ ИМПЛАНТАТОВ

НА ТРИ ИМПЛАНТАТА ЕДИНАЯ ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ ПЛАТФОРМА 4 ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ПРОФИЛЯ

ИМПЛАНТЫ



- Совместимость – «Astra Tech»
- Отсутствие держателя имплантата
- Лазерная маркировка абатмента

ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ ПРОФИЛИ



Валлекс М

Эксклюзивный представитель в России — ООО «Валлекс М»

Москва, Старокалужское шоссе, д. 62;
Тел/факс: (495) 784-71-24, тел.: (495) 933-41-81;
E-mail: stom@vallexm.ru; www.vallexm.ru

Филиал ООО «Валлекс М»
Санкт-Петербург, Гражданский пр., 24;
Тел.: (812) 240-47-10, e-mail: vallexm-stom@nkl.ru

ОСТРАЯ ПАТОЛОГИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА И ЖЕВАТЕЛЬНОЙ МУСКУЛАТУРЫ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

А. Д. Садаева, Н. А. Рябова; ГУП Ростовской области «Областная хозрасчетная стоматологическая поликлиника», г. Ростов-на-Дону

Ситуация, когда после лечения или удаления зубов у пациента возникает ограничение подвижности нижней челюсти, встречается довольно часто. Острая дисфункция сопровождается не только ограниченным открыванием рта, но и болями различной интенсивности в области височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), суставным шумом, который может иметь характер трения, крепитации, хруста, пощелкивания. Однако не всегда стоматологи относятся к подобным осложнениям с должным вниманием. Опасность данной ситуации заключается в том, что острый период без квалифицированного лечения плавно переходит в хронический, что влечет за собой морфологические изменения в мышечно-суставном отделе нижней челюсти. Эти изменения носят, как правило, необратимый характер и с течением времени только прогрессируют, вызывая более тяжелую симптоматику заболевания. Ситуация усугубляется сложностью функциональных и компенсаторных возможностей сустава, обилием факторов, обеспечивающих его функционирование, и массой причин, способствующих развитию дисфункции [1, 2, 3, 4]. К сожалению, несмотря на множество публикаций, данный раздел стоматологии менее всего изучен и содержит множество сложных, нерешенных и спорных вопросов как в диагностике, так и в лечении дисфункций ВНЧС.

Цель данной публикации – не только определить алгоритмы диагностики и лечения острых патологических состояний, обусловленных дисфункцией скелетно-мышечных структур ВНЧС, но и поделиться собственными наработками по ведению пациентов с указанными осложнениями.

При обращении в ГУП РО «ОХСП» г. Ростова-на-Дону пациентов с дисфункцией ВНЧС мы учитываем, что диагностировать данную патологию сложно не только стоматологам, но и врачам других специальностей. Часто оказывается, что заболевание обнаруживается поздно, и лечение оказывается долгим и непростым. Чтобы правильно поставить диагноз, важно проконсультироваться у специалистов разных направлений в стоматологии, так как различные патологические процессы ВНЧС, имеющие собственную этиологию, проявляются идентичными жалобами и симптомами. Специалисту важно выделить основные отличительные признаки, присущие конкретной форме патологии, и только после этого составить план лечения, состоящий как из общепринятых форм лечения всех заболеваний, так и узкоспециализированных, характерных лишь для диагностированной патологии. Лечение заболеваний ВНЧС, как правило, занимается хирург-стоматолог с привлечением ортопеда-стоматолога, если возникает необходимость лабораторного изготовления капп и шин.

В случае острой дисфункции ВНЧС мы, прежде всего, дифференцируем поражение мышечного аппарата (постинъекционная миалгия, постнагрузочная миалгия, миоспазм) от поражения костных структур ВНЧС (травматический капсулит, переднее невправляемое смещение суставного диска (закрытый замок), передний вывих ВНЧС (открытый замок)).

Известно, что постинъекционная миалгия возникает при проведении мандибулярной анестезии в результате повреждения медиальной крыловидной мышцы либо сосудистого пучка с образованием гематомы. Ответом на местное повреждение является реакция в виде спазма. Пациенты жалуются на боли в месте инъекции, обычно появляющиеся в первые сутки, «ноющие» боли, усиливающиеся при движениях нижней челюсти и открывании рта. При осмотре определяются боли при пальпации в месте инъекции, ограничение открывания рта. При этом боковые движения нижней челюсти сохраняют достаточный объем. Покраснение и припухлость в месте инъекции могут указывать на наличие воспаления, требующего подключения антибактериальной терапии. Дифференциальная диагностика проводится с постнагрузочной миалгией и с передним вывихом суставного диска без редукции, при котором нет болей в покое, отсутствует болезненность при пальпации места инъекции. Однако имеется ограничение бокового движения нижней челюсти в сторону, противоположную месту поражения. В случае постинъекционной или постнагрузочной миалгии открыть рот шире удастся после блокады двигательных ветвей нижнечелюстного нерва по Берше (Егорову) или при пассивной нагрузке на нижнюю челюсть, что невозможно при невправляемом смещении суставного диска. В лечебный комплекс включаются: обеспечение мышечного покоя, щадящая диета, вынужденное ограничение открывания рта, прием НПВС – нестероидных противовоспалительных средств (ибупрофен 600–800 мг 3 раза в день во время приема пищи или нимесил по 100 мг 2 раза в день, или кетадолон по 100 мг 3 раза в день). При отсутствии эффекта – мидокалм по 150 мг 2–3 раза в день, физиотерапия, пассивное растягивание мышц.

Постнагрузочная миалгия может являться результатом перенапряжения мышц из-за слишком широкого открывания рта, либо при длительных стоматологических вмешательствах. Бруксизм и вредные привычки, а также злоупотребление жевательной резинкой могут провоцировать это состояние. Чувство дискомфорта появляется не сразу, а через время, после воздействия травмирующего фактора. Пациенты жалуются на локальную болезненность мышц, увеличивающуюся при нагрузке и мало ощутимую в покое. Отмечается ограниченное открывание рта, хотя иногда удается открыть

рот шире, если попросить пациента. Такое открывание рта носит название «симптом мягкого ограничения». При нормальном объеме боковых движений нижней челюсти и при пальпации определяется болезненность в области вовлеченных мышц. Дифференциальная диагностика и лечение те же, что и при постинъекционной миалгии.

Миоспазм является сильным, постоянным, непреднамеренным мышечным сокращением, исходящим из ЦНС. Встречается нечасто. Причины миоспазма изучены недостаточно. Есть данные, что глубокий болевой импульс является одним из провоцирующих факторов. Пациент отмечает внезапное напряжение мышцы и боль, усиливающуюся при мышечной активности. В зависимости от тех или иных вовлеченных в процесс мышц изменяется положение нижней челюсти, что проявляется в нарушении окклюзии. Характер этих нарушений напрямую связан с локализацией спазмированной мышцы. Например, при спазме латеральной крыловидной мышцы нижняя челюсть смещена вперед и в противоположную сторону. Миоспазм характеризуется очень плотной консистенцией мышц и значительной болезненностью при их пальпации. Диагностика миоспазма обычно не представляет трудностей в связи с внезапным началом, резкой мышечной контрактурой, значительной ригидностью мышц, что нехарактерно для других мышечных и суставных нарушений. Лечение: ручной массаж, блокада по Егорову, инфильтрация спазмированной мышцы местным анестетиком, пассивное растяжение. Без лечения миоспазм самостоятельно проходит в течение часа.

При травматическом капсулите пациенты жалуются на «ноющую» боль, локализирующуюся в переднем отделе околоушной области и усиливающуюся при жевании. Многие отмечают потерю контакта между зубами на стороне повреждения. Это состояние развивается в результате отека ретродинковых тканей, которые оттягивают мышечный валик вперед из его нормального положения в суставной ямке. При осмотре отмечается болезненность над поврежденным суставом и при боковых движениях нижней челюсти, ограниченное открывание рта, болезненное смыкание жевательной группы зубов на стороне поражения. Мы проводим дифференциальную диагностику с наружным отитом, при котором наблюдается покраснение наружного слухового прохода, а надавливание на козелок или ушную раковину вызывает сильную боль; с повреждением околоушной железы, когда подвижность нижней челюсти не ограничена; с переломом мыщелка (наличие травмы в анамнезе и изменения на рентгенограмме). Лечение: если боль минимальна и нет значительных изменений подвижности сустава, мы рекомендуем пациенту уменьшить нагрузку на сустав, перейти на «мягкую» пищу и обеспечить покой нижней челюсти сроком на 2 недели. Пациентам, испытывающим сильные боли, кроме этого, назначаем НПВС. При необходимости, в случае бруксизма, применяем окклюзионные шины, способствующие мышечной релаксации и препятствующие давлению мыщелка на воспаленные ретродинковые ткани.

При переднем невправляемом смещении суставного диска (закрытый замок) дисковые связки чрезмерно растягиваются, тонус латеральной крыловидной мышцы повышен, диск может смещаться и располагаться кпереди от мыщелка, блокируя его перемещение. При этом полное открывание рта становится невозможным. Так как диск

блокирует открывание рта, пациент может с большой точностью указать время начала заболевания, указывая на безболезненное открывание рта до определенного уровня, на котором ощущается препятствие, но далее открыть рот невозможно. Болевой синдром часто отсутствует, боль может появляться в околоушной области при попытке шире открыть рот или наоборот, сильно сжать зубы. При обследовании пациента мы обнаруживаем ограниченное открывание рта – до 25–30 мм, далее рот не может быть открыт ни пациентом, ни врачом. Движения нижней челюсти на здоровой стороне сохранены в полном объеме, на пораженной стороне ограничены – менее 6 мм. При открывании рта наблюдается смещение челюсти в пораженную сторону и выдвигание вперед. Дифференциальный диагноз проводим с миогенными контрактурами челюсти на основании исследования боковых движений челюсти, когда экстракапсулярная мышечная рестрикция не сопровождается ограничением боковых движений. Лечение мы начинаем с попытки вернуть диск в его нормальное положение по отношению к мыщелку. Для этого просим пациента держать челюсти, не сжимая их, и выполнять боковые движения с максимальной возможной амплитудой, в противоположную сторону от дислоцированного мениска. После этого пациент должен широко открыть рот. Как правило, после таких манипуляций диск вновь возвращается в свое нормальное положение по отношению к мыщелку. Если этого не произошло, применяем ручную технику вправления, которая бывает успешной, если длительность заболевания не превышает неделю. При длительном течении заболевания шансы на успех снижаются ввиду морфологических изменений в диске и связках. Успех ручного вправления зависит от 3 факторов: тонуса верхней головки латеральной крыловидной мышцы, которая должна быть полностью расслаблена – для этого целесообразно перед манипуляцией ввести в нее местный анестетик; тонуса мышц, поднимающих нижнюю челюсть; релаксации и позиции мыщелка; нижняя челюсть должна быть в состоянии максимальной протрузии.

Ручное вправление начинается с установки большого пальца над вторым нижнечелюстным моляром на стороне поражения, остальные пальцы располагаются по нижней границе челюсти кпереди по отношению к большому пальцу, вторая рука в это время стабилизирует положение головы. Производится сильное, но контролируемое надавливание большим пальцем на моляр с одновременным надавливанием остальными пальцами в верхнем направлении, а после того, как сустав растянут, нижнюю челюсть смещают в контрлатеральном направлении на 20–30 секунд и просят пациента расслабиться. После этого пациент мягко закрывает рот до сопоставления резцов и после релаксации в течение нескольких секунд широко открывает и вновь закрывает рот, не достигая максимального смыкания. Если вправление диска проведено успешно, пациент может широко открыть рот. После вправления диска существует вероятность повторной его дислокации, поэтому для закрепления успеха лечения рекомендуем для стабилизации диска в правильной позиции установить репозирующую шину. Шина используется в течение 7–12 месяцев. В период лечения пациенту необходимо строго придерживаться предписаний врача, избегать широкого открывания рта, полностью исключить прием твердой пищи и употребление

жевательной резинки. Безуспешные, неоднократные попытки репозиции диска указывают на стойкую дисфункцию задней височно-дисковой связки, которая из-за длительности и глубины процесса утратила способность втягивать диск, а его дислокация стала постоянной. В таких случаях пациентам с постоянным передним смещением диска рекомендуем использовать мышечно-релаксирующее устройство, которое снижает нагрузку на ретродисковые ткани. При наличии боли назначают НПВС, горячие компрессы, фонофорез лекарственных средств на область сустава. Обязателен щадящий режим. Лечение длительное, в течение года или более, до полной адаптации тканей. Если проводимое консервативное лечение не приводит к желаемому результату, а боль и дисфункция носят постоянный характер, то показано хирургическое вмешательство в стационаре.

Передний вывих ВНЧС (открытый замок) – это стойкое смещение головки нижней челюсти за пределы физиологической подвижности на передний скат суставного бугорка. Чаще встречается у женщин в среднем и пожилом возрасте ввиду следующих анатомических особенностей: слабость связочного аппарата, уменьшение глубины суставной ямки и размеров суставного бугорка. Клинические проявления: после широкого открывания рта пациенту сразу не удается его закрыть. Лечение: пациента просим еще шире открыть рот, как при зевании. В это время напрягаются мышцы, опускающие нижнюю челюсть, а задняя группа мышц расслабляется, после чего производим легкое надавливание на подбородок в заднем направлении. При отсутствии результата проводим ручное вправление по известной методике. Процедура вправления челюсти должна проводиться довольно медленно, чтобы у жевательных мышц была возможность расслабиться. Если не удастся вправить диск, попытку повторяем, предварительно достигнув полной релаксации латеральной крыловидной мышцы с помощью инъекции местного анестетика без вазоконстриктора.

После вправления челюсти необходимо на 1–2 недели наложить круговую фиксирующую повязку для обеспечения покоя нижней челюсти до выздоровления, отказаться от приема твердой пищи либо значительно ограничить ее количество, принимая в основном жидкую или полужидкую пищу.

При повторяющихся (привычных) вывихах после процедуры вправления мы проводим с пациентом беседу о необходимости ограничения открывания рта, обучаем его миогимнастическим упражнениям, уменьшающим вероятность смещения мыщелка. Для этого пациент должен положить кончик языка на область резцового сосочка, затем открыть и закрыть рот 10 раз. Упражнение необходимо повторять по 10 раз в день на протяжении нескольких недель, пока не сформируется устойчивая приобретенная способность открывания рта, которая поможет снизить частоту возникновения вывиха. Если и это не помогает, то прибегаем к лечению с использованием различных аппаратов механического действия. В особо тяжелых случаях, при неэффективности более простых форм лечения привычного вывиха нижней челюсти, рекомендуем стационарное лечение, во время которого проводится операция по увеличению высоты суставного бугорка и уменьшению размеров суставной капсулы.

Надеемся, что изложенные в настоящей работе методы диагностики и лечения дисфункции ВНЧС, основанные на эмпирическом знании темы и литературных данных, помогут стоматологам лучше понять механизмы этиологии и патогенеза острой мышечно-суставной патологии челюстно-лицевой области и при необходимости правильно применить представленные наработки в повседневной практике.

Таким образом, успешная диагностика, отражающая состояние здоровья пациента, и своевременно назначенное эффективное лечение позволят быстро купировать патологический процесс, добиться быстрой и полной реабилитации пациента.

Литература

1. Bell W. E. Temporomandibular Disorders: Classification, Diagnosis, Management. – Chicago: Year Book Medical Publisher, 1990.
2. Donald A. Falace Emergency Dental Care: Diagnosis and Management of Urgent Dental Problems, 2001.
3. Okenson J. P. The Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion. – St. Louis: Mosby Year Book, 1993.
4. Хватова В. А. Клиническая гнатология. – М.: Медицина, 2005.



РЕКЛАМА



ООО "ГоША"

Лицензированная зуботехническая лаборатория приглашает к сотрудничеству частнопрактикующих врачей и стоматологические клиники.

г. Краснодар, тел.: 8-988-246-64-26

ПРИМЕНЕНИЕ ЗАПИРАЮЩЕГО ШТИФТА ШТЕЙКРИГЕЛЬ СИСТЕМЫ SRS ФИРМЫ BREDENT ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕФЕКТАМИ ЗУБНЫХ РЯДОВ

В. В. Мартыненко, врач-стоматолог-ортопед; О. О. Когос, врач-стоматолог-ортопед; ГУП РО «ОХСП»

Каждый из нас сталкивался с проблемой лечения и протезирования зубов, которые часто сами пациенты доводят до плачевного состояния. Многие пациенты, да и стоматологи, считают, что утрата зубов – это та проблема, которая легко решается путем установки имплантатов, но это обманчивое мнение. Во-первых, использование имплантатов ограничено противопоказаниями к их применению, как общими медицинскими, так и местными анатомическими, а во-вторых, самое главное – это их стоимость. Поэтому после удаления зубов в большинстве клинических случаев специалистам приходится прибегать к классическим видам протезирования с использованием несъемных и съемных протезов.

Успех и долговечность протезирования в первую очередь зависят от биологического фактора. В съемном протезировании, при использовании частичных протезов, учитывается еще и фактор выбора типа крепления, особенно замкового. Поэтому в данной статье мы хотим рассказать о двух различных типах замковых креплений фирмы Bredent, используемых в нашей практике, а именно о системе фиксации VKS, которая широко распространена в России, и универсальном активируемом креплении системы SRS Штейкригель производства Германия (фото 1, 2).



Фото 1, 2. Замковые крепления фирмы Bredent: VKS и SRS Штейкригель (Германия).

Несмотря на популярность системы фиксации VKS, мы уделили больше внимания запирающему штифту Штейкригель, так как считаем, что эта система незаслуженно игнорируется или просто недооценивается специалистами, поэтому и не так широко используется в практике, как «обычные» аттачмены. Иногда только их применение как самостоятельных единиц, так и в комбинации с другими видами креплений, может дать желаемый результат.

Универсальный активируемый запирающий штифт Штейкригель – внекоронковый жесткий фиксатор, изготавливаемый заводским способом, обладающий высокой точностью и чистотой сплава (фото 3).

В протезных конструкциях с запирающим штифтом Штейкригель нагрузка на опорные зубы передается самым оптимальным образом, что позволяет избежать несанкционированной перегрузки опорных зубов посредством распределения давления во всех направлениях.



Фото 3. Запирающий штифт Штейкригель: А – блокировка замка специальным штифтом с кнопкой; В – штифт выдвинут, замок разблокирован.

Нагрузка через перемычку первичной конструкции передается вертикально на ось зуба, при этом выдвигаемая часть конструкции компенсирует горизонтальные силы вместе с распределением сил тяги. Пассивные удерживающие элементы фиксируют протез в необходимом положении, исключая фрикционное воздействие на ткани пародонта опорных зубов, не создавая напряжения при фиксации и снятии протеза. Широкая область применения, стандартные взаимозаменяемые части, возможность активации, контролируемый износ, легкость в использовании и починке; кроме того, изготовление протеза, как правило, не требует дублирования модели – все это делает запирающий штифт Штейкригель просто незаменимым, особенно при концевых дефектах, когда имплантация противопоказана.

На примере клинических случаев мы хотим показать преимущество применения системы замковой фиксации SRS, представить варианты использования запирающего штифта Штейкригель при протезировании пациентов с концевыми дефектами зубных рядов, а также с опорой на зуб с недостаточной высотой коронковой части.

Для сравнения необходимо напомнить, что определяет термин «бюгельные протезы» – это протезы, которые опираются на естественные зубы, альвеолярные отростки, тело челюсти, небо, передают жевательную нагрузку через слизистую оболочку протезного ложа и периодонт зубов. Основным признаком бюгельного протеза является наличие металлической дуги, соединяющей левую и правую стороны протеза. Эта дуга проходит либо по небу пациента (если это протез верхней челюсти) либо под нижними зубами пациента с язычной стороны. Главной ее функцией является объединение всех элементов опирающегося протеза.



Фото 4, 5. Дуга бюгельного протеза верхней челюсти.



Фото 6, 7. Вариант протезирования малыми седловидными протезами с запирающим штифтом Штейкригель, которые не имеют соединения между собой.



Фото 8, 9. Шинирующий протез с запирающим штифтом Штейкригель и жестким креплением ALPHADENT NV Antwerp-Belgium.



Фото 10. Кнопка выдвинута, протез разблокирован. Фото 11. Произведена блокировка протеза, кнопка в закрытом положении утоплена в базис протеза.



Фото 12, 13. При использовании запирающего штифта Штейкригель конструкция получается сегментной – фактически изготавливается разборный мостовидный протез.



Фото 14, 15. Сочетание систем фиксации Штейкригель и RHEIN 83 сфера. Продолжение статьи на стр. 29

XV ВСЕРОССИЙСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ВЫСТАВКА И КОНФЕРЕНЦИЯ

СТОМАТОЛОГИЯ

СОВРЕМЕННАЯ

ДЕНТАЛ-ЭКСПО
РОСТОВ



18-20
ноября
2015

ОРГАНИЗАТОРЫ:



DENTALEXPO®
www.dental-expo.com



РОСТОВ ЭКСПО
www.rostovexpo.ru

тел.: (863) 201-74-65/66/67

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

РЕКЛАМА

Стоматологическая выставка

Стоматологическая выставка

DENTAL
MAGAZINE



Volga Dental Summit



3 научно-практический всероссийский форум по стоматологии

- конференции
- симпозиумы
- мастер-классы
- аллея брендов

8-9 ОКТАБРЯ 2015



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



Министерство здравоохранения
Волгоградской области



Стоматологическая
ассоциация России



ВК "ДЕНТАЛЭКСПО"
Тел./факс: (495) 921-40-69
E-mail: region@dental-expo.com
www.dental-expo.com



Волгоградский Государственный
Медицинский Университет



Волгоградская Региональная
Ассоциация Стоматологов

**ВОЛГОГРАД
ЭКСПОЦЕНТР**
пр. Ленина, 65 А

РЕКЛАМА

15-17 октября

Ростов-на-Дону



выставка СТОМАТЭКС

СОВРЕМЕННАЯ СТОМАТОЛОГИЯ



XIV ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ – 2015»

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

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



РЕКЛАМА

Занимая минимальное протезное поле, дуговые протезы в значительной степени снижают нарушение вкусовой, тактильной, температурной чувствительности и речи в период адаптации, обладают высокой жевательной и эстетической эффективностью. Но дуга как на верхней, так и на нижней челюсти создает значительные неудобства пациентам, очень часто вызывает массу нареканий, тем самым сглаживая, а иногда и сводя к нулю итоги протезирования.

Можно ли избежать присутствия дуги в протезе? Можно, но не всегда. В тех случаях, когда зубной ряд заканчивается клыками или резцами (фото 4, 5), дуга необходима. Если же зубной ряд заканчивается первыми премолярами, то можно обойтись и без дуги.

В подобных клинических случаях устанавливаются фиксаторы места на коронки, ограничивающие дефект зубного ряда, и изготавливаются два автономных малых седловидных протеза с запирающими штифтами Штейкригель, которые не имеют соединения между собой (фото 6, 7).

Представленная конструкция протезов при концевом двухстороннем дефекте зубного ряда может быть выполнена только с жесткими креплениями, такими как Штейкригель, или аналогами, например, LV-RUDENT-ЛВЗ, МК-1. При использовании в аналогичных клинических случаях полулабильных замковых креплений, даже при наличии идеально выполненного интерлока, происходит перемещение протеза в плоскости. Вектор перемещения зависит от класса крепления, например, шарнирные замковые крепления при давлении позволяют базису протеза осуществлять дистальную ротацию, при этом протез после снятия жевательной нагрузки возвращается в исходное положение за счет упругости слизистой оболочки полости рта. Причем чем более выражена податливость слизистой оболочки, тем большую свободу движений съемного протеза должен обеспечивать аттачмен, чтобы нивелировать экскурсию седловидной части протеза, влияющую на устойчивость опорных зубов. Однако любой полулабильный аттачмен имеет ограниченную амплитуду движения; при выработке ее лимита давление перераспределяется на опорные зубы, вызывая их перегрузку. В дальнейшем протез, совершая подобные движения по отношению к опорным зубам, вызывает их расшатывание, из-за чего базис довольно быстро погружается под давлением в слизистую оболочку, тем самым вызывая не только перегрузку опорных зубов и прогрессирование периодонтальных процессов, но и приводит к форсированной атрофии костной ткани в области протезного ложа.

Некоторые ортопеды для компенсации негативных последствий при повышенной податливости слизистой оболочки используют компрессионный метод получения оттиска, усиливая давление на слизистую в момент его наложения, используя при этом индивидуальную ложку и плотный слепочный материал, например, термомассу ISO FUNCTIONAL Тоуо, JAPAN. Такая методика не решает проблему, так как после установки протеза возникает постоянное давление по всей площади протезного ложа, которое вызывает защитную реакцию со стороны слизистой в виде активной атрофии подслизистого слоя, поэтому плотное прилегание базиса уже в первые дни эксплуатации протеза исчезает. Различная степень податливости и неоднородная глубина рельефа делают

атрофию неравномерной, при этом происходит быстрое погружение базиса, вызывающее травму слизистой. Жесткие крепления типа Штейкригель исключают данные осложнения за счет постоянного перераспределения давления на опорные зубы. При использовании данного вида аттачменов необходимо минимум два раза в год выполнять коррекцию по уточнению прилегания базиса к слизистой протезного ложа. Несоблюдение этого правила рано или поздно приведет к несостоятельности протеза, проще говоря, к перелому по шейкам опорных зубов.

Отсутствие подвижности соединения протеза с опорными зубами при использовании запирающего штифта Штейкригель в сочетании с жестким, не активируемым, креплением ALPHADENT NV Antwerp-Belgium, делает данный замок незаменимым при изготовлении шинирующих протезов, придавая конгломерату монолитность; опорные зубы стабилизируются, что предотвращает их дальнейшее расшатывание (фото 8, 9).

Объединение зубов и составляющих протеза в единый блок позволяет избежать дисбаланса, возникающего за счет податливости слизистой оболочки, подвижности зубов и смещения фрагментов протеза. Это способствует адекватному реагированию на горизонтальную нагрузку и, как следствие, уменьшает перегрузку опорных зубов.

При изготовлении автономных малых седловидных протезов необходимо учитывать факт возможного несанкционированного демонтажа протеза с опорных зубов и, как следствие, аспирацию им дыхательных путей пациента, что может привести к необратимым последствиям. Применение замковых креплений с активной фиксацией, которой обладает Штейкригель, сводит возможность возникновения такой внештатной ситуации к нулю, так как после установки протеза отдельные части крепления блокируются специальным штифтом, перекрывая соединения. Разблокировка замка производится только сознательно, выдвиганием кнопки, которая располагается, чаще всего, на небной или язычной поверхности протеза. В заблокированном состоянии кнопка обязательно должна погружаться в базис протеза, чтобы не вызывать дискомфорта при движении языка и не травмировать мягкие ткани полости рта (фото 10, 11).

Незаменимую услугу Штейкригель может оказать и в клинической ситуации, когда необходимо восстановление значительного одностороннего дефекта зубного ряда, при наличии крайней опоры с дефицитом высоты коронковой части, например, зуба мудрости, как правило, на нижней челюсти. В таких случаях при изготовлении мостовидного протеза часто происходит расцементировка дистальной коронки, после чего приходится демонтировать протез. При использовании запирающего штифта Штейкригель данного осложнения если и не удастся избежать полностью, то его последствия очень легко устраняются, так как конструкция получается сегментарной – фактически изготавливается разборный мостовидный протез. Свойства конструктора LEGO позволяют, не нарушая целостности отдельных элементов протеза, производить повторную цементацию коронок по мере необходимости (фото 12, 13). При таком виде протезирования можно также использовать корни дистальных зубов, устанавливая на них внутрикорневые аттачмены со сферическим замковым креплением RHEIN 83 или аналогом, которое придает конструкции дополнительную устойчивость и жесткость (фото 14, 15). Сборная конструкция позволяет беспроблемно

осуществлять ремонт любого элемента, производить гигиенические мероприятия и избегать возникновения пролежней в проекции промежуточной части протеза.

Поразительная простота этой системы в функциональном отношении особенно проявляется в легкости использования пациентом механизма фиксации и снятия протеза.

Система фиксации Штейкригель нашла широкое применение и при изготовлении протезов с опорой на имплантаты. Благодаря неподвижности соединений и равномерному перераспределению давления на головки

имплантатов удается предупредить возникновение отдаленных осложнений.

Высокие эстетические и функциональные результаты ортопедического лечения говорят о безграничных возможностях данного крепления. Единственное ограничение для их применения – недостаточная межальвеолярная высота.

Поэтому мы желаем всем специалистам более взвешенно подходить к выбору замковых креплений и не останавливаться на достигнутом.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕР ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРФОРАЦИИ СЛИЗИСТОЙ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПРИ ОТКРЫТОМ СИНУС-ЛИФТИНГЕ

С. Ю. Максюков, Д. С. Щепляков, Г. В. Антоненко;
ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России

Реабилитация пациентов, страдающих полным или частичным отсутствием зубов, с применением дентальных имплантатов широко распространена в стоматологической практике. При наличии достаточных объема и плотности костной ткани и соблюдении протокола операции, этот метод лечения приводит к успеху в большинстве клинических случаев. Проведение дентальной имплантации на верхней челюсти часто сопряжено с трудностями, обусловленными атрофией костной ткани альвеолярного отростка [1]. В такой клинической ситуации оперативное увеличение высоты альвеолярного отростка верхней челюсти достигается проведением синус-лифтинга [1]. Предшествующие синус-лифтингу хирургические вмешательства на верхнечелюстной пазухе, а также повреждение стенок пазухи при травмах, ошибках предварительного эндодонтического лечения нарушают топографию верхнечелюстной пазухи и затрудняют осуществление операции [2, 3]. Чаще всего затруднения связаны с рубцовыми изменениями слизистой дна верхнечелюстной пазухи, ее перфорацией при проведении операции [4–6]. Обычно при обнаружении патологии верхнечелюстного синуса эндоскопическое лечение воспалительного и/или полипозного, кистозного, травматического риносинусита предшествует синус-лифтингу [7]. Однако на современном этапе оснащения диагностических и лечебных мероприятий назрела необходимость расширить показания к одноэтапному выполнению эндоскопического лечения патологии верхнечелюстного синуса и проведению открытого синус-лифтинга для профилактики развития затруднений хирургического вмешательства и их осложнений [8].

В связи с этим целью работы явилась разработка системы оптимизации проведения синус-лифтинга при заболеваниях верхнечелюстной пазухи путем устранения патологии синуса в короткий период перед реализацией открытого синус-лифтинга.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В работу включены результаты оперативного лечения 22 пациентов (основная группа). Всем пациентам

выполняли операцию открытого синус-лифтинга и эндоскопические вмешательства на верхнечелюстной пазухе. В комплекс дооперационного обследования входили ортопантомография, компьютерная томография верхней челюсти с включением остеомеатального комплекса с пошаговыми срезами 2 мм в сагиттальной и коронарной проекциях придаточных пазух носа, эндоскопическая риноскопия, общий анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма. Непосредственно за 28 дней перед синус-лифтингом осуществляли эндоскопические вмешательства на верхнечелюстной пазухе по показаниям: удаление оболочки кисты пазухи, инородного тела (пломбирочного материала), конхотомию, этмоидотомию. На заключительном этапе пазуху промывали физиологическим раствором, раствором антисептика. Следующим этапом осуществляли открытый синус-лифтинг под местной инфильтрационной анестезией. Отсроченное установление дентальных имплантов было осуществлено через 6 месяцев после операции.

Для проведения сравнительного анализа результатов была сформирована контрольная группа из 20 больных, которым эндоназальные вмешательства на верхнечелюстном синусе проводили предварительно за 2–6 месяцев до открытого синус-лифтинга.

Для анализа эффективности одновременной эндоназальной санации верхнечелюстного синуса и эндоскопически ассистированного синус-лифтинга кроме результатов клинического наблюдения оценивали результаты компьютерной томографии области околоносовых пазух через 1,5 месяца, баллы эндоскопической картины остеомеатального комплекса – через 1 месяц после операции по W. J. Lund and D. W. Kennedy [9]. Учитывались следующие симптомы: отек, гиперемия, отделяемое. Отсутствие симптома ранжировалось как 0 баллов, умеренно выраженный симптом – 1 балл, симптом выражен – 2 балла. Максимальное суммарное количество баллов составило 6.

Оценку пневматизации околоносовых пазух после эндоскопической ринохирургии проводили по

Структура патологии верхнечелюстной пазухи

Патология синуса	Основная группа (n=22)	Контрольная группа (n=20)	p
Риногенные кисты	5 (22,7%)	6 (30%)	>0,05
Отечно-катаральная форма хронического гайморозтмоидита	2 (9,1%)	-	>0,05
Хронический гипертрофический синусит	3 (13,6%)	5 (25%)	>0,05
Полипозный риносинусит	6 (27,4%)	5 (25%)	>0,05
Инородное тело (пломбировочный материал) с синуситом	4 (18,2%)	4 (20%)	>0,05

офицированной шкале W. J. Lund and D. W. Kennedy (1995): 0 баллов – полная пневматизация, 1 – утолщение слизистой до 5 мм, 2 – снижение пневматизации до 1/3 объема пазухи, 4 – снижение пневматизации до 2/3 объема пазухи и 5 баллов – тотальное отсутствие пневматизации пазухи [9].

Статистическую обработку результатов работы проводили с использованием программы Statistica (StatSoft Inc., США).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Структура патологии верхнечелюстной пазухи, явившаяся причиной эндоназальных вмешательств, отражена в таблице 1.

В основной группе у 5 больных (22,7%) было обнаружено кистозное образование верхнечелюстной пазухи, заполняющее 1/3–1/2 объема, у 2 больных (9,1%) – отечно-катаральная форма хронического гайморозтмоидита, у 3 больных (13,6%) – хронический гипертрофический синусит с накоплением жидкостного содержимого в пазухе, у 6 больных (27,4%) – полипозный риносинусит, у 4 пациентов (18,2%) – инородное тело верхнечелюстной пазухи (пломбировочный материал) с хроническим верхнечелюстным синуситом. В контрольной группе у 6 (30%) пациентов была выявлена риногенная киста, у 5 (25%) – полипозный риносинусит, у 4 (20%) – инородное тело верхнечелюстной пазухи с синуситом, у 5 (25%) – хронический гипертрофический синусит с накоплением жидкостного содержимого в пазухе.

При выполнении эндоскопических операций на верхнечелюстной пазухе в зависимости от патологии осуществляли удаление оболочки кисты пазухи, инородного тела, эндоскопическую конхотомию. Больным с полипозным синуситом или хроническим гайморозтмоидитом дополнительно проводили эндоскопическую этмоидотомию. При выполнении вмешательств на верхнечелюстном синусе переднебоковая стенка верхней челюсти повреждена не была.

При проведении открытого синус-лифтинга разрез проводили по вершине альвеолярного гребня, два вертикальных разреза ограничивали зону операции. Трапециевидный слизисто-надкостничный лоскут отслаивали от кости распатором на переднебоковой стенке верхнечелюстного синуса; борами с непрерывной подачей физиологического раствора препарировали переднебоковую стенку пазухи; отсепаровывали слизистую от костного фрагмента от передней стенки синуса до тех пор, пока рана была видна в поле зрения микроскопа.

Затем отслойку продолжали под контролем эндоскопов с оптикой 0°, 30° и 70°. Угловой обзор эндоскопа давал возможность провести прецизионную отслойку слизистой оболочки в области дна и латеральных отделов синуса, то есть появлялась возможность полноценного увеличения объема кости биокomпозиционным материалом. Далее отодвигали кость, пространство между отодвинутой костью и слизистой дна верхнечелюстной пазухи заполняли остеопластическим материалом Bio-Oss (Geistlich, Швейцария), резорбируемой мембраной Bio-Gide (Geistlich, Швейцария) и аутоплазмой, богатой тромбоцитами. Мобилизованный слизисто-надкостничный лоскут укладывали на место. Рану ушивали узловыми швами.

После операции в реабилитационный период проводили фармакотерапию с назначением антибактериальных, антигистаминных, нестероидных противовоспалительных, местных сосудосуживающих и антисептических средств, туалет носовой и ротовой полости с удалением корок, налетов фибрина в течение 7 дней. Пациентам с полипозным риносинуситом после эпителизации краев раны в полости носа и стихания реактивных воспалительных явлений назначали курс эндоназальной топической кортикостероидной терапии.

У пациентов основной группы при выполнении открытого синус-лифтинга ни в одном случае не произошло перфорации слизистой дна верхнечелюстной пазухи. Между тем, в контрольной группе у 3 пациентов (15%) ввиду ригидности слизистой дна верхнечелюстного синуса и ее рубцовых изменений, несмотря на эндоскопически ассистированный синус-лифтинг на этапе отслоения от кости произошла «точечная» перфорация слизистой размером 2 и 3 мм. Для ее закрытия мы продолжали отслаивать мембрану Шнейдера от подлежащей кости по всему периметру нижней трети синуса, а затем приподнимали ее сверху, до соприкосновения участков поврежденной слизистой оболочки и образования складки (дубликатуры), тем самым закрывая образовавшийся дефект. Данная тактика закрытия дефекта Шнейдеровой мембраны была разработана С. Ю. Ивановым с соавт. [10].

Ранний послеоперационный период в основной и контрольной группах протекал сходно. Заживление операционной раны проходило первичным натяжением. В основной группе в первые сутки после оперативного лечения больных беспокоили умеренные боли в области операции, затруднение носового дыхания, кровянистые выделения из носа. На 2–3 сутки после операции отмечали незначительный отек в щечной и подглазничной области со стороны

Результаты оперативного лечения в клинических группах

Показатель	Основная группа		Контрольная группа	
	до операции	после операции	до операции	после операции
Балльная оценка эндоскопической картины остиомаеатального комплекса	2,78±0,65	1,11±0,71*	2,83±0,57	1,02±0,48*
Балльная оценка пневматизации околоносовых пазух	4,93±1,0	1,75±0,48*	4,99±1,08	1,44±0,28*
Толщина костной ткани от вершины гребня до дна пазухи, мм	-	12,3±0,2	-	13,1±0,4

Примечание: * – достоверные отличия по сравнению с дооперационными показателями при $p < 0,05$.

вмешательства. У отдельных пациентов была отмечена имбибиция кровью мягких тканей. К 7 дню после операции отек мягких тканей лица не наблюдался, уменьшился отек нижних носовых раковин и слизистой оболочки полости рта; пациенты отмечали улучшение носового дыхания по сравнению с первыми сутками после операции. В среднем носовом ходе имелся отек и гиперемия слизистой оболочки, наличие геморрагического отделяемого и корок фибрина, которые прикрывали расширенное естественное соустье. К 30 суткам края расширенного естественного соустья полностью эпителизированы, чистые, отечность и гиперемия отсутствовали, незначительное слизистое отделяемое из пазухи. Слизистая оболочка задней стенки пазухи без отека. При осмотре ротовой полости в области оперативного вмешательства выявлена бледно-розовая, умеренно увлажненная слизистая. При пальпации болевой синдром отсутствовал.

В основной группе средний балл эндоскопической картины остеомаеатального комплекса до операции составил 2,78±0,65, а через 1 месяц после операции снизился на 60% ($p < 0,05$) и соответствовал 1,11±0,71 (табл. 2). В контрольной группе средний балл эндоскопической картины остеомаеатального комплекса до операции имел сходное значение с основной группой – 2,83±0,57 баллов. После эндоскопического риносинусохирургического вмешательства в контрольной группе средний балл оценки эндоскопического статуса снизился на 64% – до 1,02±0,48 ($p < 0,05$). Таким образом, регресс трех симптомов – отека, гиперемии слизистой оболочки полости в области естественного соустья верхнечелюстной пазухи и отделяемого из синуса – в основной и контрольной группах проходил без отличий.

В основной группе компьютерная томография околоносовых пазух, проведенная через 1,5 месяца после операции, показала полное восстановление

пневматизации верхнечелюстных пазух. Умеренное утолщение слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи до 5 мм наблюдалось у 2 больных (14,3%). В основной группе балльная оценка пневматизации околоносовых пазух до операции составила 4,93±1,0, а через 1,5 месяца после вмешательства статистически значимо снизилась на 64,5% – до 1,75±0,48 ($p < 0,05$). В контрольной группе наблюдалась сходная динамика томографической картины. Средний балл пневматизации околоносовых пазух до операции имел значение 4,99±1,08, а через 1,5 месяца после эндоскопической риносинусохирургии статистически значимо снизился на 71,1% – до 1,44±0,28 ($p < 0,05$). Однако обращал на себя внимание тот факт, что в контрольной группе после синус-лифтинга утолщение слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи наблюдалось у большого количества больных – у 9 человек (45% против 14,3%).

Повторное рентгенологическое исследование через 6 месяцев после синус-лифтинга показало, что толщина костной ткани от вершины альвеолярного гребня верхней челюсти до дна верхнечелюстной пазухи составила 12,3±0,2 мм в основной группе и 13,1±0,4 мм в контрольной группе, что позволяло планировать дентальную имплантацию.

В основной группе период от оперативного вмешательства до дентальной имплантации составил 3,7±0,5 месяца, а в контрольной группе – 11,2±0,8 месяцев

ВЫВОД

Проведение эндоназальной санации верхнечелюстного синуса в течение 28 дней до эндоскопически ассистированного синус-лифтинга позволяет получить преимущества – профилактировать перфорацию Шнейдеровой мембраны при ее отделении от кости, достичь укорочения сроков подготовительного этапа к постановке дентальных имплантов.

Литература

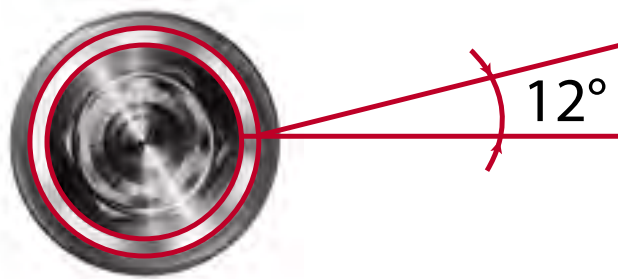
1. Назарян Д. Н., Караян А. С., Захаров Г. К., Сенюк А. Н., Алиев С. Э. Использование костных блоков при синус-лифтинге // *Стоматология*. – 2014. – №3. – С. 57–63.
2. Зерницкий А. Ю., Кузьмина И. В. Факторы, влияющие на благоприятный исход операции синус-лифтинг // *Институт стоматологии*. – 2012. – №3. – С. 56–57.
3. Anavi Y. Complications of maxillary sinus augmentations in a selective series of patients // *Oral. Surg. Oral. Med. Oral. Pathol. Oral. Radiol. Endod.* – 2008. – Vol. 106. – №1. – P. 34–38.
4. Даминов Р. О. Воспаление верхнечелюстной пазухи после операции дентальной имплантации и синус-лифтинга // *Стоматология*. – 2010. – №5. – С. 59–62.
5. Вишняков В. В., Харламов А. А., Панин А. М. Роль патологии внутриносовых структур в развитии осложнений операции синус-лифтинг // *Российская ринология*. – 2010. – №4. – С. 25–28.
6. Barone A. A clinical study of the outcomes and complications associated with maxillary sinus augmentation // *Int. J. Oral. Maxillofac. Implants.* – 2006. – Vol. 21. – №1. – P. 81–85.
7. Качалова А. В. Эндоскопический контроль верхнечелюстной пазухи в имплантологии // *Российская оториноларингология*. – 2007. – №1. – С. 98–103.
8. Кулаков А. А., Шелудченко Т. П., Буцан С. Б., Даминов Р. О., Сухарский И. И. Одномоментная эндоназальная санация верхнечелюстной пазухи и эндоскопически ассистированный синус-лифтинг у пациентов перед дентальной имплантацией // *Институт стоматологии*. – 2010. – №4. – С. 52–53.
9. Lund V. J., Kennedy D. W. Quantification for staging sinusitis. International conference on sinus disease: terminology, staging, therapy // *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.* – 1995. – Vol. 104. – P. 17–21.
10. Иванов С. Ю., Мураев А. А., Ямуркова Н. Ф., Мигура С. А. Устранение дефектов мембраны Шнейдера, возникающих во время операции синус-лифтинга // *Стоматология*. – 2010. – №2. – С. 48–51.



СДЕЛАНО В ГЕРМАНИИ



**ЛИНЕЙКА ИМПЛАНТАТОВ
С КОНУСНЫМ СОЕДИНЕНИЕМ**



КОМПЛЕКТ:
Имплантат + абатмент
+ одноразовое сверло
(заменяет от 2 до 4 сверел)



подробная
информация



ЧЕМПИОН ПО КАЧЕСТВУ | ЧЕМПИОН ПО ЦЕНЕ

ПРИМАКАИН (ФРАНЦИЯ): АРТИКАИНА ГИДРОХЛОРИД 40 МГ, ЭПИНЕФРИНА ГИДРОТАРТРАТ 0,0182 МГ



МОСКВА, 3-Я МЫТИЩИНСКАЯ, 16,

8-800-100-100-9, WWW.KRAFTWAYDENTAL.RU