

светодиодной лампы в течение 10 сек. G-Bond демонстрировал отличную адгезию к дентину и эмали.

Реставрационный материал GC GRADIA DIRECT наносится и фотополимеризуется послойно. Для уточнения максимально допустимой толщины слоя и времени полимеризации обращаемся к таблице инструкции по клиническому применению материала.

В своей работе использовали металлические и светопронизывающие матрицы, киньды, ретракционные нити. Для полировки применяли тонкодисперсные карбидные и алмазные финиры, гибкие диски (GC), шпатель.

Оценка результатов проводилась непосредственно после реставрации и через 12 - 18 месяцев после лечения.

Непосредственно после реставрации оценка качества лечения проводилась самим пациентом по следующим критериям: соответствие цвета, состояние поверхности реставрации, красная адаптация. Вначале освоения технологии в трёх реставрациях, что составило 3,9% от всех случаев лечения, не было достигнуто оптимальное соответствие цвета материала естественному цвету зубов. Данные случаи признаны нами ошибкой врача, реставрации проведены повторно. В остальных случаях лечения (96,1%) пациентами дана высокая оценка качеству реставраций.

Отдалённые результаты лечения оценивались по следующим критериям: развитие вторичного кариеса; изменение цвета, состояния поверхности, нарушение целостности и краевого прилегания реставрации. Наблюдали 49 пациентов, которым реставрировали с помощью технологии GC GRADIA DIRECT 71 зуб. В двух случаях лечения зубов (2,8%) у одной пациентки развился вторичный кариес; причина развития - недостаточный уход за полостью рта и наличие декомпенсированной формы кариеса. В четырёх реставрациях наблюдалось нарушение целостности реставрации - 5,6%, в пяти случаях произошло нарушение краевого прилегания - 7,0%. Причиной нарушения краевого прилегания реставрации послужило образование микропротрещин между тканями зуба и материалом при недостаточном пломбировании зоны обработанной бондом. В 84,6% случаев лечения реставрации соответствовали всем требованиям. Изменение цвета и состояния поверхности реставрации нами не отмечено.

Полученные результаты позволяют рекомендовать GC GRADIA DIRECT для широкого применения. Материал устанавливает новый стандарт эстетической невидимости и простоты использования.

Литература:

1. Журнал Dental Market №6, 2005 г. с. 38-41.
2. Журнал Dental Market №4, 2006 г. с. 57-59
3. Клиническое руководство GC GRADIA DIRECT «Простота в одном оттенке и эстетическая невидимость», Dr. Nassib Fares, Белград, 2006г.
4. Клиническое руководство GC GRADIA DIRECT «Совершенство эстетики даже с одним оттенком», 2006г.

ПАТОЛОГИЯ ПАРОДОНТА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ АРХАНГЕЛЬСКОЙ И ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТЕЙ.

ЛИТИЕ АДГЕЗИВНЫЕ ШИНЫ ДЛЯ СТАБИЛИЗАЦИИ ПОДВИЖНЫХ ЗУБОВ Т.Н Юшманова, Н.В. Скрипова, С.Н. Драчев, Н.Г. Давыдова, А.Ю. Шашина

Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск

Лечение заболеваний пародонта среди актуальных проблем стоматологии занимает одно из ведущих мест в связи со значительной распространённостью данной патологии.

Цель исследования: выявить распространённость и интенсивность патологии пародонта в ключевых возрастных группах населения Архангельской области и предложить способ шпирирования подвижных зубов.

Материал и методы: Проведено по методике ВОЗ эпидемиологическое обследование населения Архангельской и Вологодской областей в количестве 4690 человек, из них 15-летних подростков - 750, взрослого населения в возрасте 35-44 лет- 856 человек.

Обследование населения выявило, что показатели, характеризующие степень поражения тканей пародонта во всех возрастных группах, не соответствовали достигнутым задачам, которые определены ВОЗ в качестве целевых к 2000, 2010 гг. Интенсивность поражения тканей пародонта существенно превышала аналогичные показатели в других регионах страны.

Глобальными целями стоматологического здоровья к 2010 г. предусмотрено, что у подростков 15 лет будет не менее 5 здоровых секстантов (причем, уровень распространённости и интенсивности болезней пародонта в популяции оценивают именно по результатам обследования 15-летних подростков) [1].

Среди 15-летних подростков Архангельской и Вологодской областей [2] распространённость заболеваний пародонта составила 95,55%, кровоточивость выявлена у 28% обследованных, зубной камень - у 62%, пародонтальные карманы - у 6% подростков. Количество здоровых секстантов составило всего 1,28±0,07 (интенсивность поражения пародонта- 4,72±0,06 секстанта). Секстантов с кровоточивостью было 2,46±0,08, с зубным камнем- 2,15±0,08, с пародонтальными карманами - 0,11±0,02.

Нами также выявлены некоторые особенности поражения тканей пародонта в различных пунктах обследования. Так, число здоровых секстантов колебалось от 0,42±0,14 в п. Колоша до 2,02±0,29 в Северодвинске (P<0,001), число секстантов с зубным камнем - от 1,24±0,27 в Северодвинске (P<0,001), число секстантов с карманами (P<0,001), с Коряжме до 3,68±0,25 - в Конюше и Октябрьском (P<0,001), с пародонтальными карманами - от 0,02±0,02 в Новодвинске и Коряжме до 0,20±0,08 в Каргогорях и даже 0,28±0,09 - в г. Череповце Вологодской области (P<0,001).

Глобальные цели ВОЗ к 2010 г. предусматривают, что у людей в возрасте 35-44 года должно быть не более 0,1 секстанта с глубокими

карманами (СРІ "4") [1].

По данным проведенного нами эпидемиологического обследования, среди взрослых людей распространенность заболеваний пародонта составила 98,15%. Кровоточивость выявлена у 3% обследованных, зубной камень - у 42%, пародонтальные карманы глубиной 4-5 мм - у 42% и глубокие карманы (6 мм и более) - у 12% взрослых. Количество здоровых секстантов было всего $0,29 \pm 0,05$ (интенсивность поражения пародонта составила 5,71 секстанта), секстантов только с кровотоочивостью - $1,01 \pm 0,08$, и зубным камлем - $3,05 \pm 0,11$, секстантов с пародонтальными карманами глубиной 4-5 мм - $1,01 \pm 0,08$, с глубокими карманами - $0,20 \pm 0,03$. Число исключенных секстантов составило $0,44 \pm 0,07$ [2].

Таким образом, у северян данной возрастной категории имелось в среднем 0,2 секстанта с глубокими карманами, что в 2 раза выше, чем определено глобальными целями ВОЗ. Вместе с тем необходимо учесть, что еще 0,44 секстанта были исключенными. Следовательно, фактическая распространенность и интенсивность поражения пародонта была более высокой.

Важной частью комплексного лечения заболеваний пародонта является применение ортопедических методов, в частности, использование шинирующих конструкций, которые возвращают зубной системе утраченное единство и обеспечивают рациональное распределение жевательного давления. Наряду с применением традиционных шин, в частности, высокоточных биологических конструкций, отлитых на отепловых моделях, используются адгезивные шины. Появление подобных шин стало возможным благодаря введению в стоматологическую практику композиционных материалов низкой вязкости и адгезивных систем последнего поколения. В настоящее время широко используются адгезивные шины, в которых в качестве армирующего материала применяются материалы на основе стекловолокна («Glas Span», США; «Fiber Splint», Швейцария) и полиэфирные («Ribbond», США; «Connect», США). Недостатком данных шин, по нашему мнению, является необходимость изготовления их непосредственно в полости рта в условиях постоянного сплюсывания, что требует больших затрат времени врача и создает неудобства для пациента, который вынужден в течение длительного времени сидеть, не закрывая рта. Кроме того, полимеризация таких конструкций проводится в полости рта, что уменьшает их жесткость по сравнению с протезами, полимеризуемыми в лабораторных условиях, и ограничивает протяженность шин.

С нашей точки зрения, достаточно перспективным направлением является применение литых адгезивных шин на интраканальных штифтах для стабилизации подвижных зубов (предложение № 14/06 от 16.10.06 [СГМУ]).

Данная конструкция состоит из металлического каркаса, размещаемого на оральной поверхности шинируемых передних зубов верхней или нижней челюсти, и отходящих от него штифтов, которые располагаются в корневых каналах подвижных (и неподвижных) зубов.

Методика шинирования. В зубах, подлежащих шинированию распломбировывались корневые каналы на $1/2$ длины корня. Препарировалась оральная поверхность зубов. Затем получали оттиски силиконовым оттисковым материалом, отливали модели из металла. После обработки шина пшину из воска, затем отливал из металла. После обработки шина припасовывалась сначала на модели, а затем в полости рта и фиксировалась композиционным цементом двойного отверждения («Duolink» композиционным цементом двойного отверждения («Isopast», или композиционным материалом химического отверждения («Энвирол», «Энвирол»). По показаниям, при отсутствии 1-2 зубов в переднем отделе, адгезивная шина выполнялась как шина-протез. Отсутствующие зубы замещались металлоакрическими искусственными зубами.

Нами изготовлены литые адгезивные конструкции (шины, шина-протезы) 29 пациентам. Опыт применения показал, что указанные шины обеспечивают надежную стабилизацию за счет большой жесткости конструкции, что позволяет использовать их при подвижности зубов II-III степени. Кроме того, существенно сокращаются затраты рабочего времени врача, так как шина изготавливается в лаборатории.

Литература:

1. Леус П.А. Стоматологическое здоровье населения республики Беларусь в свете глобальных целей Всемирной организации здравоохранения и в сравнении с другими странами Европы / П.А. Леус // Современная стоматология. - 1997. - № 2. - С. 3-12.

2. Юшманова Т.Н. Эколого-гигиенические и социальные аспекты стоматологического здоровья населения Архангельской области: Дис. ... д-ра мед. наук / Юшманова Татьяна Николаевна - Архангельск, 1999. - 351 с.

ПАРАФУНКЦИИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ: БРУКСИЗМ И СЖАТИЕ ЗУБОВ. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ Т.Н. Юшманова, Н.В. Серпинова, А.И. Юшманова

Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск

Под парафункциями жевательных мышц (ПЖМ) понимается нарушение деятельности жевательных мышц, выражающееся в самопроизвольных привычных двигательных акциях челюсти или сжатии зубов, не связанных с жеванием, речью, глотанием или другими естественными акциями. По частоте они входят в число достаточно распространенных стоматологических заболеваний [2,3], в связи с чем, ряд авторов [4,5] считает эту патологию социально значимой проблемой стоматологии. По данным П.Васильева [1], эта патология встречается в среднем у 26,38% лиц в возрасте от 15 до 45 лет. По мнению N. Wigdorowicz-Makowcowa с соавт. [5], у 69% взрослых людей имеются симптомы ПЖМ.

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РФ
СЕВЕРНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ
АССОЦИАЦИЯ СТОМАТОЛОГОВ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ОСНОВНЫЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ,
ИХ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА
НА ЕВРОПЕЙСКОМ СЕВЕРЕ**

**МАТЕРИАЛЫ РЕГИОНАЛЬНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ «ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ СТОМАТОЛОГИИ
В БАРЕНЦ-РЕГИОНЕ», ПОСВЯЩЕННОЙ
50-ЛЕТИЮ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА СГМУ**

**АРХАНГЕЛЬСК
2008**