

РЕЦЕССИЯ ДЕСНЫ — МОЖЕТ ЛИ ОРТОДОНТИЯ БЫТЬ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ? ДАННЫЕ ИЗ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ

Статья печатается по разрешению журнала «Angle Orthodontist»
Angle Orthodontist, Vol 83, No 6, 2013

Ключевые слова: рецессия десны; осциллирующая (вибрирующая) чистка зубов; ортодонтический торк; КЛКТ; цифровое исследование моделей.

Введение

Современная ортодонтия — это нечто большее, чем биомеханическое волшебство, она также включает в себя понятие физиологии пародонта. Возможно, первым среди сторонников такого подхода был Vanarsdall. Он учил, что в норме десна имеет толстый слой ороговевающих тканей, это помогает противостоять истощению и заболеваниям пародонта. Здоровье десен важно на столько, что Vanarsdall выступает за включение их характеристики в диагностические критерии при определении необходимости удаления зубов у ортодонтических пациентов. Здоровый зуб размещен в альвеолярной кости со здоровым гингивальным аппаратом.

Dorfman писал, что присутствие ороговевающих тканей может быть показателем того, что снижается вероятность мукогингивальных проблем, даже в тех случаях, когда протрузия нижних резцов создает выпуклость профиля лица. Pearson проверял воздействие наклона нижних резцов на уровень ортодонтического лечения и обнаружил, что среди его пациентов не было никакой корреляции между продвижением верхушки корня или ретракции и степенью рецессии.

В 2008 году на обложке Journal of the American Dental Association была представлена статья с исчерпывающим обзором литературы и научными доказательствами того, что ортодонтическое лечение не значительно влияет на пародонт, в ходе эксперимента, чистая реакция была небольшой, но негативной. Целью этой статьи было обсуждение соотношения между развитием здорового пародонта и потенциальным воздействием на него ортодонтического лечения, обсуждение надобности изменения в ортодонтическом лечении, которое могло бы улучшить прогноз влияния на пародонт; также представлен обзор лечения, который демонстрирует сопутствующие ортодонтические улучшения и улучшения в пародонте.

Согласно Wennstrom и соавторам десна состоит из плотной, богатой коллаген-

ном ткани, покрытой ороговевающим эпителием, которая занимает пространство от края мягких тканей к мукогингивальной линии. Она включает в себя свободную часть (что соответствует глубине зондирования) и прикрепленную часть. В идеале, зуб будет выступать на альвеолярном гребне, окруженный плотной, ороговевающей, хорошо организованной по окружности тканью.

Десневые размеры будут расти, в силу того как прорезываются зубы. Wennstrom ссылается на Andlin-Sobocki и Bimstein и Эйдельман, которые утверждали, что высота десны будет увеличиваться с ростом зуба. Ainamo и Talari заявили, что «данные о размерах десен у взрослых показывают существующую тенденцию увеличения апикально-коронарной ширины с возрастом». Когда маргинальная ткань движется апикально к эмалево-цементной границе (ЭЦГ), это и называется рецессией десны (РД).

Рецессия десны

Пародонт играет роль защитного барьера от заболеваний; как только возникает его поражение, зуб становится восприимчивым к дальнейшему разрушению и возможности его потери также увеличивается. Darville и др. доказали, что в современном обществе пародонтоз может начаться в результате плохой гигиены полости рта, или это может быть результатом завышенных гигиенических мер, которые также негативно влияют на состояние десны. Это также может произойти после острой травмы, последствия которой не устраняются должным образом. Хроническая травма может вызвать отделение десневого края в виде нерегулированного прикрепления уздечки. В последнее время в литературе обсуждалась генетическая основа восприимчивости, которая проявляется в различных типах целостности десны, известных по двух биотипам (толстые и тонкие).

Хотя знания взаимозависимости между ортодонтическим лечением и РД ка-

жутся распространенными, специфика продолжает развиваться. Несмотря на многочисленные исследования последствий ортодонтического лечения на зубной ряд, до относительно недавнего времени не было ссылок на данные об изменениях пародонта. В 1977 году Bernimoulin и Curilovic опровергли миф о корреляции между РД и подвижностью зубов, соотношении подвижности краев раны. В то время как они обнаружили положительную, значимую корреляцию между РД и костным расхождением краев раны, под сомнением оказалось влияние травматической окклюзии. Более приемлемая версия в области ортодонтии — это то, что рецессия может произойти во время перемещения зубов при недостаточном месте для них в альвеолярном гребне. Если несоответствие массы зуба и доступного пространства увеличивается, зубы становятся большими и этим ставят под угрозу поддерживающую их кость. Таким образом, вероятность рецессии возрастает. Процесс начинается в виде расхождение краев и фенестраций. Как только зубы сформировались, отсутствие альвеолярной кости еще более затрудняет формирование здоровой ткани десны, это не дает возможности пародонту сохраниться в виде защитного барьера.

Stauer и Landmeser изучали влияние скученности зубов на зубной ряд в целом и нашли степень корреляции среди молодых пациентов между скученностью и зубными переломами. Среди взрослых скученность сочетается с пародонтальными карманами и рецессией десны. Они доказали, что в случаях скученности и недостатке места в зубном ряду, более чем на 5 мм, вероятность появления РД в 12 раз больше чем при недостатке места на 3,5 мм. Рихман исследовал 72 зуба у 25 последовательно пролеченных пациентов с «клинической РД больше 3 мм». Он использовал конус-лучевую компьютерную томографию (КЛКТ) и доказал, что, хотя все

зубы были пародонтально здоровыми, все они имели значительное выраженные контуры и связанное с ними зияние альвеолярной кости. Он отметил, что обычный анализ ортодонтического пространства не оценивает букколингвальные (сагиттальные) измерения зуба или плотность альвеолярной кости. Он разработал рентгенографически поддерживающий индекс кости (РПИК), который показывает сагиттальную разницу между шириной альвеолярной кости, измеренную на 2-3 мм апикальной к эмалево-цементной границе, и шириной зуба, измеренной на этом уровне. Он разделил свою выборку пациентов на три группы: А, В и С, по количеству поддерживающей кости и возможного риска РД. В гипотезе, которую он предложил, говорится о том, что ортодонтическое перемещение, скорее всего, усугубит статус пародонта и может вызвать РД. В своем исследовании он обнаружил, что более чем у 75% пациентов, которым удаляли премоляры произошла клинически значимая рецессия десны, что приводит к выводу, что эти пациенты были скомпрометированы с самого начала снижением РПИК.

Как управлять рецессией?

Попытка стать более информированным по вопросу РД мало чем отличается от визита Алисы в Страну Чудес. Чем ближе смотришь, тем розмытей становится картина. Daprile и др. сообщили о 5-летнем исследовании студентов-стоматологов, в котором число исследуемых у каждого из которых был диагностирован по крайней мере один случай рецессии, значительно увеличилась после ортодонтического лечения, также, как и общее количество очагов. Более того, процент пострадавших участков увеличился с уровнем гигиены полости рта, и это увеличение наблюдалось несмотря на сокращение вредных стоматологических привычек. Бьорн и соавторы отметили, что у 62% из 174 исследуемых пятнадцатилетнего возраста была выявлена некоторая степень РД на вестибулярной поверхности зубов верхней челюсти. Интересно, что в группе с "неспецифической" техникой чистки зубов было меньше поражений, чем в группе, которая использовала вибрационную технику или ролл технику. Авторы предположили, что разница, возможно, была не в технике, а в том, что группа, которая использовала неспецифическую технику чистки уделяла меньше внимания гигиене полости рта. Ло и др. сравнивали выборки из Норвегии и Шри-Ланки и обнаружили, что более 60% норвежских детей имели рецессию десен до 20 лет (по сравнению с 30% в Шри-Ланке), и что она увеличивалась

до 90% и более в возрасте 50 лет (по сравнению с 100% Шри Ланки, возраст 40). Рецессия десны у обследованных в Норвегии была в значительной степени на щечной поверхности, а в группе из Шри-Ланки была более распределена по всех поверхностях, исходя из этого исследователи предположили, что на рецессию влияют несколько факторов, также что большая часть «норвежской» рецессии, оказалась больше связана с механическими нагрузками, чрезмерная система гигиены как противоположность рецессии вызвала больше заболеваний пародонта в группе Шри-Ланки. Khocht и др. также сообщили об увеличении частоты рецессии с возрастом; регрессионный анализ показал, что рецессия увеличивается на 3,5% за десятилетие. Исследователи связывают повреждение с повышенной частотой чистки зубов и особенно с жесткостью щетины зубной щетки. Susin рассмотрал 1460 бразильцев (жителей города) в возрасте от 14 до 103 лет, выбранных из различных географических районов и с разбивкой по уровню доходов. Из них у 83,4% выявили рецессию десен на 1 мм или более. Распространенность, степень и тяжесть рецессии коррелировали с возрастом. У мужчин старше 30 лет рецессия значительно больше, чем у женщин, так же она больше у более низких социально-экономических групп и тех, кто получает меньше обычной стоматологической помощи. Курение сигарет и наличие наддесневого налета также статистически существенно влияют на состояние пародонта.

Хотя многое было сделано в течение последних нескольких лет для исследования биотипа пародонта и оба, как Cook так и Fu использовали КЛКТ, чтобы выявить факторы осуществляющие влияние на статус пародонта, они так и не смогли продемонстрировать корреляцию с РД.

Обзор более новых исследований эффективности чистки зубов

Sicilia, Deery Forrest and Miller, и Rajapakse провели систематические обзоры, чтобы изучить влияние различных зубных щеток и их эффективность. Все ученые, в ходе исследования сообщили о снижении кровотечений десны и воспаления, при использовании силовых зубных щеток, но они не смогли доказать, что были обнаружены значительные различия. Хотя тестирование часто показывало, что щетки с колебательным вращением более эффективны, но множество сопутствующих факторов препятствует оценить статистическую значимость. Например, тип зубной щетки, жесткость щетины, различия в приверженности пациента и

исходном состоянии, краткосрочность против долгосрочности исследования, предусмотрены различия в инструкции, изменчивость ответного сообщения, стандартизированные методы интерпретации статуса десны, одновременность ортодонтического лечения, тип исследования и статистическое управление данными.

Только одно случайное клиническое испытание Форреста и Миллера, описанное Раджапаксе показало, что вращательно-колеблющиеся зубные щетки имели значительное преимущество над обычными зубными щетками. Контролируемое исследование было проведено производителем. Исследователи сообщили, что меньшая рецессия произошла, когда пациенты использовали колебательные вращения электрических зубных щеток вместо обычных рекомендованных для использования Американской Ассоциацией Стоматологов мануальных зубных щеток. Хотя рецессия на щечной поверхности сократилась в обеих группах, пациенты, которые использовали электрические зубные щетки достигли статистически существенно большего улучшения.

История болезни

Диагностика

Пациентка 35-летняя женщина с II Классом, 1 подклассом по Энгля, оверджет (вертикальный зазор) 6 мм (рис. 1). Ее верхнечелюстная срединная линия была расположена на 2 мм слева от нижней срединной линии и на 4,5 мм слева от ее лицевой линии. 45 зуб был удален, а 44 зуб требовал эндодонтического лечения. Ее пародонтологический статус был безупречен (не было кровотечения при зондировании, десневые карманы не превышали 3 мм), за исключением РД в нескольких участках. Обсуждался, ее стиль чистки зубов, который определялся как «компульсивная чистка» щеткой средней жесткости.

Она была направлена к пародонтологу для оценки и рассмотрения трансплантации соединительной ткани в местах рецессии. Пародонтолог принял решение, что пересадка может быть осуществлена в конце ортодонтического лечения.

План лечения

План лечения предусматривал удаление 14 зуба, проведение реставрации и эндодонтического лечения 44 зуба, и ортодонтическую часть — перемещение верхнего переднего зубного сегмента вправо и вертикально вправо нижнего моляра. Планировалось, что отсутствие нижнего премоляра будет заменено мостом в конце лечения. Важно отметить, что был применен выборочный торк



Рис. 1. (а-в) изображения лица; (г-е) интраоральные изображения; (г) боковая цефалограмма; (ч) панорамный рентген. Изображения сняты 27 марта 2007 года.

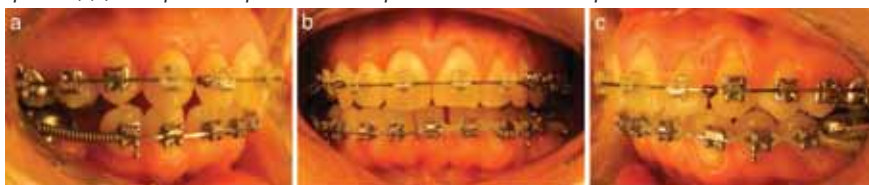


Рис. 2. Интраоральные снимки, сделанные 28 сентября 2007 года



Рис. 3. Интраоральные снимки, сделанные через 3 недели после снятия брекет-системы (24 июля, 2009)



Рис. 4. Интраоральные снимки, сделанные после 3 месяцев ретенции (9 октября 2009)

для некоторых брекетов размещены на отдельных зубах: 22° градусов для верхнего левого центрального резца и 14° для правого латерального. Кроме того, нижний брекет для премоляра с торком 17° был размещен в перевернутой позиции на верхний левый клык и первый верхний премоляр, брекеты с торком 0° были размещены на нижнем левом премоляре и брекет с торком 0° был помещен на левый нижний первый моляр (рис. 2).

Наконец, пациенту была дана Oral-B

электрическая зубная щетка (Oral-B Vitality Braun Oral-B, Mason, Ohio 45040) с инструкциями тщательно чистить, но осторожно, не более чем два раза в день с неабразивным гелем вместо зубной пасты. После 28 месяцев ортодонтического лечения, была снята самолигирующая брекет-система, установлен ретейнер для фиксации результата (рис. 3). Неправильный прикус и сагиттальный зазор были устранены, средние линии лица были откорректированы концентрически по I Классу клыкового

смыкания зубов на правой стороне. В это же время пациентка посетила пародонтолога, который сделал выводы о том, что ей не нужна пересадка ткани. Также она сообщила, что встретится с семейным стоматологом, для рационального замещения места ортопедической конструкцией от удаленного правого нижнего второго премоляра. Также она должна три месяца носить ретейнер (рис. 4) чтобы закрепить результат лечения, особенно слева. У нее не было мостовидного протеза в то время и коренные зубы справа были в конечном положении. Высота десны продолжала улучшаться.

Три года спустя (рис. 5), высота десны не изменилась, и зондирование глубины пародонта улучшилось по сравнению с теми показателями, которые записаны через 4 месяца после лечения, возвращаясь к глубине перед лечением (рис. 6).

Стратегией было изменить торк в сторону кости. Чтобы получить представление о размещении корней в кости (другими словами, чтобы определить, является ли расширение, смещение во время лечения положительным эффектом от торка), исследования были отсканированы. Проведено сравнение ширины жевательных бугорков до и после лечения, наибольшего щечного контура и измерений ЭЦГ. Только таким образом конечная позиция корней могла быть оценена в альвеолярном отростке.

Рис. 7 изображает ширину между правым нижним первым премоляром и левым нижним вторым премоляром, правый премоляр от каждого комплекта выстроился по белой линии. Изображения в верхней строке от первоначального набора моделей. Второй ряд — это изображение зубных моделей, сделанных на окончательных приемах, а нижний ряд — спустя 3 года. Белые линии детализируют оригинальную ширину на вершинах жевательных бугров; второй и третий ряды отражают пропорциональное увеличение ширины, которое произошло во время лечения. Желтые измерения описывают ширину между наиболее буккальными точками на зубах, а розовые измерения представляют ширину между ЭЦГ. Белые линии нарисованы через кончики жевательных бугров, чтобы смоделировать величину торка, а черные линии изображают длинную ось щечных бугров. Даже при том, что расстояние между жевательными буграми было расширено на 3,2 мм во время лечения, крайние точки щечных измерений были расширены только на 1,7 мм, а ширина ЭЦГ была сужена на 0,1 мм, в результате того, что корни разместились значительней в сторону кости.



Рис. 5. (а-в) фото лица; (г-е) интраоральные изображения; (г) панорамный рентген (14 сентября 2012 года)

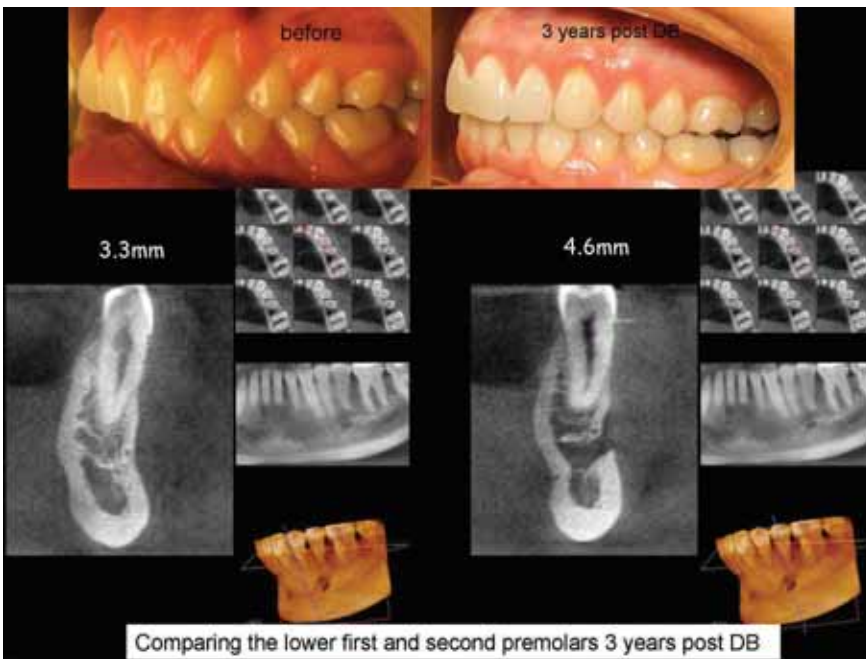


Рис. 8. Сравнение трехмерной рентгенографии нижних левых первых и вторых премоляров. Верхний ряд показывает внутриротовые фотографии до и после. Ниже в паре снимки первого премоляра (слева); зеленые линии представляют оптимальное усилие, чтобы изобразить расстояние на коронарном срезе между ЭЦГ и щечным гребнем альвеолярной кости. Девять изображений поперечных срезов альвеолярной кости, сделанных последовательно вдоль корня. Это панорамное и 3-D изображение. Те же изображения повторяются для второго премоляра

Поперечная ширина дуг представлена в табл. 1, измерение от кончика окклюзионной точки, наиболее буккальной поверхности и ЭЦГ. Измерения проводились на трех интервалах, которые описаны выше, также представлены различия между интервалами. Без трехмерных рентгенографических изображений до лечения, абсолютное сравнение не может быть проведено, чтобы подтвердить, что новая кость образовалась на корне, где ее ранее не было. Тем

не менее, пациент прошел КЛКТ 3 года после снятия ортодонтического устройства. Это сканирование было использовано для оценки уровня альвеолярного гребня после лечения. Рис. 8 сравнивает вид левого нижнего первого и второго премоляров, РД на втором премоляре на 3 мм более, чем на первом. Стоит отметить, что разница между двумя измерениями расстояний от альвеолярного гребня и ЭЦГ всего 1,3 мм в изображениях КЛКТ.

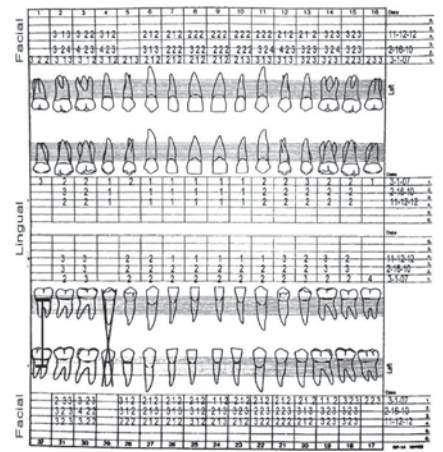


Рис. 6. Построения диаграмм состояния пародонта с 1 марта 2007 года, 10 февраля 2010, и 12 ноября 2012 года

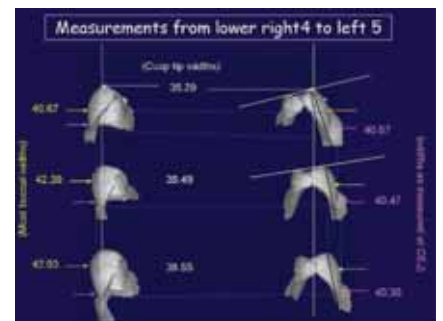


Рис. 7. Изображение зубов 44 и 35, на цифровой модели в начале лечения, после лечения и 3 года спустя

Только одно из новых изображений не может подтвердить образование кости. Вероятно, будет лучше всего определять результаты с помощью системы высокого разрешения (с большим облучением) или, возможно, с помощью непосредственного наблюдения.

В этом случае пациентка описала увеличение уровня десны на корне зуба на 3 мм больше после лечение, чем до. Повышение покрытия корня зуба было достигнуто путем ортодонтического перемещения зубов в альвеолярную кость и применением более тщательных гигиенических мер. В эпоху научно-обоснованных подходов к улучшению ортодонтической специальности, не нужно доказывать, что пример одного пациента не является доказательством того, что такой результат будет для каждого. С другой стороны, ортодонты обязаны лечить больше, чем просто патологию прикуса. В обязанности ортодонта входит оценка всех потребностей пациента, и попытка улучшить стоматологический статус на столько, на сколько это возможно. Если ортодонтический пациент с РД и ортодонтическими проблемами, или если пациент в группе риска РД, ортодонт должен подходить к проблеме пациента более тщательно и разработать более активную стратегию лечения пародонта.

Перевод Костив Васылына

Резюме

Способствует ортодонтическое лечение или же препятствует пародонтологическому статусу пациента? Какие факторы влияют на пародонт? Можно ли управлять факторами таким образом, чтобы они стали лечебными для существующих проблем пародонта? Представлена 35-летняя женщина с тяжелой формой рецессии десны и односторонней аномалией прикуса по II классу. План лечения: исправить неправильный прикус таким образом, чтобы торк корней был направлен к кости, а также изменить ее стоматологические методы гигиены. Этот случай — это попытка разобраться в загадке рецессии десны, и он демонстрирует отличное решение лечения сопутствующих ортодонтических проблем и проблем пародонта.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Vanarsdall RL Jr. Periodontal/orthodontic interrelationships. In: Graber TM, Vanarsdall RL Jr, eds. Orthodontics: Current Principles and Techniques. 2nd ed. St Louis, Mo: Mosby; 1995:712–750.
2. Dorfman HS. Mucogingival changes resulting from mandibular incisor tooth movement. Am J Orthod. 1978;74(3):286–297.
3. Pearson LE. Gingival height of lower central incisors orthodontically treated and untreated. Angle Orthod. 1968; 38:337–339.
4. Bollen A-M, Cunha-Cruz J, Bakko DW, Huang GJ, Hujoel PP. The effects of orthodontic therapy on periodontal health: a systematic review of controlled evidence. J Am Dent Assoc. 2008;139:413–422.
5. Wennstrom JL, Lindhe J, Sinclair F, Thilander B. Mucogingival therapy. Ann Periodontol. 1996;1:671–701.
6. Andlin-Sobocki A. Changes of facial gingival dimensions in children. A 2-year longitudinal study. J Clin Periodontol. 1993;20:212–218.
7. Bimstein E, Eidelman E. Morphological changes in the attached and keratinized gingiva and gingival sulcus in the mixed dentition period. A 5-year longitudinal study. J Clin Periodontol. 1988;15:175–179.
8. Ainamo J, Talari A. The increase with age of the width of attached gingiva. J Periodont Res. 1976;11:182–188.
9. Dapril G, Gatto MR, Checchi L. The evolution of buccal gingival recessions in a student population: a 5-year followup. J Periodontol. 2007;78:611–614.
10. Pontoriero R, Carnevale G. Surgical crown lengthening: a 12-month clinical wound healing study. J Periodontol. 2001; 72:841–848.
11. Bernimoulin J, Curilovic Z. Gingival recession and tooth mobility. J Clin Periodontol. 1977;4:107–114.
12. Stauffer K, Landmesser H. Effects of crowding in the lower anterior segment—a risk evaluation depending upon the degree of crowding. J Orofac Orthop. 2004;65:13–25.
13. Richman C. Is gingival recession a consequence of an orthodontic tooth size and/or tooth position discrepancy? Compendium. 2011;32(1):62–69.
14. Bjorn A, Andersson U, Olsson A. Gingival recession in 15-year old pupils. Swed Dent J. 1981;5(4):141–146.
15. Loe H, Anerud A, Boysen H. The natural history of periodontal disease in man: prevalence, severity, and extent of gingival recession. J Periodontol. 1992;63:489–495.
16. Khocht A, Simon G, Person P, Denepitiya JL. Gingival recession in relation to history of hard toothbrush use. J Periodontol. 1993;64:900–905.
17. Susin C, Haas AN, Oppermann RV, Haugejorden O, Albandar JM. Gingival recession: epidemiology and risk indicators in a representative urban Brazilian population. J Periodontol. 2004;75:1377–1386.
18. Cook DR, Mealey BL, Verrett RG, et al. Relationship between clinical periodontal biotype and labial plate thickness: an in vivo study. Int J Periodontics Restorative Dent. 2011;31:345–354.
19. Fu J-H, Yeh C-Y, Chan H-L, Tatarakis N, Leong DJM, Wang H-L. Tissue biotype and its relation to the underlying bone morphology. J Periodontol. 2010;81:569–574.
20. Sicilia A, Arregui I, Gallego M, Cabezas B, Cuesta S. A systematic review of powered vs. manual toothbrushes in periodontal cause-related therapy. J Clin Periodontol. 2002; 39(suppl 3):39–54.
21. Deery C, Heanue M, Deacon S, et al. The effectiveness of manual versus powered toothbrushes for dental health: a systematic review. J Dent. 2004;32(3):197–211.
22. Forrest JL, Miller SA. Part II: manual versus powered toothbrushes: a summary of the Cochrane Oral Health Group's systematic review. J Dent Hyg. 2004;78:349–354.
23. Rajapakse PS, McCracken GI, Gwynnett ES, Steen ND, Guentsch A, Heasman PA. Does tooth brushing influence the development and progression of non-inflammatory gingival recession? A systematic review. J Clin Periodontol. 2007;34:1046–1061.
24. Dozner CE, Jorss D, Rau P, Wolff D. The 18-months effect of an oscillating-rotating power toothbrush on recession. J Clin Periodontol. 2006;33(suppl 7):98.



ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА ЖУРНАЛ
«Современная ортодонтия» на 2014 г.

Подписаться на журнал Вы можете во всех отделениях Укрпочты, подписной индекс – 99714

в офисе СП «Промед»:
Украина, 01034, г. Киев, ул. Лысенко, 4а, тел. 0(44) 278-73-64.

либо оплатив 240 грн. за годовую подписку (для Украины) на указанные ниже реквизиты
и сообщив свой адрес по тел. 0(67) 449-31-24

Одержувач: ФО-П Сидоренко Віталій Сергеевич
Код ЄДРПОУ 2641700876
Банк одержувача: ПАТКБ «ПРАВЕКС-БАНК» м. Київ
Р/р 26002799975297
МФО 380838
Призначення платежу: передплата за журнал «Сучасна ортодонція» за 2014 р.

Подписка в странах СНГ:

Азербайджанская Республика

- ОАО «Гасид», г. Баку, ул. Джавадхана, 21, AZ-1102, тел.: (994-12) 493-14-06, 493-06-19;
- ПО «Азерметбуатыймы», г. Баку, ул. Джейхуна Гаджибейли, 30, AZ-1007, тел. (994-12) 440-27-85.

Республика Армения

- ЗАО «Армпечать», г. Ереван, Площадь Сасунци Давида, 2, 375005, тел. (3741) 45-82-00;
- ООО «Пресс-Атгаше», г. Ереван, Проспект Маршала Баграмяна, 45-10, РА-0019, тел. (37410) 270-222.

Республика Молдова

- ГП «Пошта Молдовой», MD-2012, Республика Молдова, г. Кишинэу, Бульвар Штефан чел Маре, 134, тел. (373-22) 251-213;
- АО «Молдпресса», MD-2012, Республика Молдова, г. Кишинэу, ул. 31 Аугуст, 85, тел. (373-22) 22-24-33;
- ТОВ «Vector V-N», MD-2001, Республика Молдова, г. Кишинэу, Привокзальная площадь, 2-А, тел. (373-22) 27-55-65;

- ГУЛ «ПОЧТА ПРИДНЕСТРОВЬЯ», MD-330, Приднестровская Молдавская Республика, г. Тирасполь, ул. Ленина, 17, тел.: (373-533) 8-97-09, 8-97-92.

Российская Федерация

- ЗАО «МК-Периодика», 111524, г. Москва, ул. Электродная, 10, Российская Федерация;
- ООО «Вся пресса», 127015, г. Москва, ул. Новодмитровская, 5а, оф. 807, тел. (495) 787-34-49.

Республика Беларусь

Каталог подписки РУП «Белпочта», раздел журналы Украины. Подписной индекс для индивидуальных подписчиков – 99714, для предприятий и организаций – 997142.

Россия

«Роспечать» каталог «ГАЗЕТЫ. ЖУРНАЛЫ»
Подписной индекс – 49405.