

зуба с максимальным сохранением стенок лунки. Щипцы при этом использовали только в заключительной фазе экстракции, когда необходимо было выполнить полный вывих зуба. Иногда удаление зуба занимало значительную часть времени. После удаления зуба проводили тщательный осмотр лунки, кюретаж, медикаментозную обработку. Лунку плотно заполняли костнопластическим материалом. Использовали остеозамещающий препарат EASV – GRAFT швейцарской компании «DS- Dental», в котором размещали имплантат.

Таким образом непосредственную имплантацию можно проводить у лиц, не имеющих в анамнезе хронических соматических патологий. Обязательным условием для непосредственной имплантации являются интактные зубы и ткани пародонта, в области оперативного вмешательства, атравматическое удаление зуба, твердый костнопластический материал.



УДК 616.314-089.28/29

*Р. Э. Василенко*

КП ДМА МОН Украины, кафедра ортопедической стоматологии.

### СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЭКСПЛУАТАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПОЛЬЗОВАНИЯ ПОЛНЫМИ СЪЕМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ В ПРОМЫШЛЕННОМ РЕГИОНЕ

Во многих развитых странах в настоящее время возрастает продолжительность жизни населения, в связи с чем, также повышается количество пожилых людей с полной вторичной адентией, представляющей собой одну из наиболее сложных проблем ортопедической стоматологии. Согласно данным статистических исследований, около 50% пожилых людей не имеют зубов в полости рта (Воронов А. П., Лебеденко А.Ю., Воронов И.А.).

По обобщенным данным различных статистических исследований количество полных съемных зубных протезов, изготовленных из современных базисных материалов, на первом году пользования достигает от 3 до 14,2; или 49 % за трехлетний период диспансерного наблюдения.

Данные литературы (А. А. Писаренко, УМСА) свидетельствуют о том, что у 52,4% пациентов с полной вторичной адентией разлом базиса полного съемного пластиночного протеза (ПСПП) верхней челюсти начинался между центральным и боковым резцом, проходил по проекции небного шва и заканчивался в дистальном отделе протеза. В 47,5 % линия перелома начиналась между клыком и первым премоляром, а заканчивалась на расстоянии 0,2-0,8 см от срединной линии базиса полного съемного протеза верхней челюсти.

С целью объективизации данных о состоянии ПСПП в процессе их эксплуатации, нами проведен скрининговый анализ работы ортопедических отделений стоматологических поликлиник г. Днепрпетровска в период с 1 января 2007 г. по 30 сентября 2010 г.

В результате анализа были получены данные о количестве починок ПСПП, выполненных в трехлетний период (табл. 1-3).

Таблица 1

#### КП «Областная Стоматологическая поликлиника»

Год	2007	2008	2009	2010 (9 мес.)
Количество изготовленных полных съемных протезов	10069	9163	8186	5817
Количество починок полных съемных зубных протезов	5463 (54,2%)	5629 (61,4%)	5727 (69,9%)	3934 (67,6%)

Таблица 2

#### КП «Областная Стоматологическая поликлиника № 1»

Год	2007	2008	2009	2010 (9 мес.)
Количество изготовленных полных съемных протезов	1497	1430	1380	987
Количество починок полных съемных зубных протезов	469 (31,3%)	517 (36,2%)	473 (34,3%)	334 (33,8%)
Количество перебазирок полных съемных зубных протезов	397 (26,5%)	407 (28,5%)	398 (28,8%)	369 (37,4%)
Всего повторных обращений	866 (57,8%)	924 (64,7%)	871 (63,1%)	703 (71,2%)

Таблица 3

**КП «Стоматологическая поликлиника № 2»**

Год	2008	2009	2010 (9 мес.)
Количество изготовленных полных съемных протезов на верхнюю челюсть	28	119	116
Количество починки полных съемных зубных протезов верхней челюсти	15 (53,6%)	66 (55,5%)	45 (38,8%)

Полученные данные свидетельствуют, что в среднем 59,8 % полных съемных зубных протезов в течение трехлетнего эксплуатационного периода нуждаются в дополнительных вмешательствах со стороны врача-ортопеда или зубного техника. Починка и непрямая перебазировка являются полумерами, не устраняющими причины поломки данного протеза. Перерасход рабочего времени, затраты материалов и износ инструментария подтверждают актуальность поиска новых методов упрочнения акрилового базиса ПСПП.



УДК 616.314.17-008.1-056.24

*А. А. Вишневская*

ГУ «Институт стоматологии НАМН Украины»

**ЦИТОМОРФОМЕТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ  
КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ  
С ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗОНОТЕРАПИИ**

Цитоморфометрический метод (Григорьян А.С. с соавт., 1998) основан на изучении клеточных элементов цитограмм отпечатков с десны в области ее прикрепления к зубу и предназначен для оценки воспалительного и деструктивного процессов в пародонте.

Озонотерапия оказывает бактерицидное, вирусоцидное, фунгицидное, иммуномодулирующее, противовоспалительное воздействие на ткани полости рта.

**Цель исследования.** Изучить эффективность озонотерапии в комплексном лечении больных генерализованным пародонтитом I степени по результатам цитоморфометрии мазков-отпечатков из пародонтального кармана.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 24 больных ГП I степени, которые составили 2 группы: основная (n=14) и группа сравнения (n=10). Лечение всех больных включало механическое (ручной скейлинг) и ультразвуковое удаление зубных отложений, местную антимикробную и противовоспалительную терапию, кюретаж пародонтальных карманов зоноспецифическими кюретами Грейси. Больным основной группы дополнительно, начиная со 2-го посещения, проводили локальное введение озона непосредственно в пародонтальный карман (зонд № 1, аппарат OzonyMed, Apoza Enterprise Co., Taiwan). Уровень мощности на озоногенераторе устанавливался в зависимости от посещения на показатели 3-6, время каждой лечебной процедуры в области одного зуба составляло 1 мин. Повторное проведение процедуры проводилось через 2-3 дня. Курс лечения составил 4-5 посещений.

Взятие материала для цитологического исследования проводили с помощью заготовленных резиновых клиньев, которые хранятся в чашках Петри, залитыми 70 % раствором этилового спирта. Перед взятием отпечатков клинья-мишени извлекали пинцетом из чашки Петри и высушивали струей сухого воздуха из воздушного пистолета.

У каждого обследованного получали 2 типа мазков-отпечатков, так как при введении клина-мишени в пародонтальный карман одна поверхность мишени касается зуба, а вторая – внутренней стенки кармана. Полученный цитологический материал переносили в виде отпечатков на предметное стекло, где отдельно размещали 2 типа отпечатков, а затем отвозили в лабораторию.

Отпечатки окрашивали и исследовали под микроскопом с использованием иммерсионной системы при различных увеличениях с помощью окуляров x10 (или x20) и объектива x40.

При исследовании цитологического материала анализировали качественные признаки и количественные показатели цитограмм. Подсчет клеток проводили в двух основных клеточных популяциях цитограмм: эпителиальной и соединительнотканной. Исследовали не меньше 3-5 полей зрения.