

т.к. не достиг уровня (100%), рекомендуемого в Национальной программе профилактики, что явно недостаточно для эффективной профилактики кариеса зубов.

2) Установлено, что 2 раза в день чистят зубы 86% людей в возрасте 35-44 года, 21% - в группе 45-64 года, 31% - в возрасте 65 и старше, что является недостаточным для проведения качественной гигиены полости рта.

3) Определено, что фторированную соль используют 19% - людей в возрасте 35-44 года; 4% - 45-64 года; 17% - в группе 65 и старше, что является недостаточным, т.к. эффект фторированной соли в профилактике кариеса зубов достигается при условии постоянного употребления продукта на протяжении всей жизни человека (WHO, STR 846, 1994).

4) Выявлено, что 1-2 раза в день употребляют в пищу углеводы 57% людей в возрасте 35-44 года, 42% - в группе 45-64 года, 40% в возрасте 65 и стар-

ше, что не соответствует рекомендациям: употребление углеводов не более 2—3 раз в сутки во время основных приемов пищи.

5) Для улучшения ситуации стоматологического здоровья у старших групп требуются дополнительные мотивационные беседы и в целом увеличение уровня знаний о состоянии полости рта и эффективных методах лечебно-профилактической стоматологической помощи.

Литература

1. Методическое пособие для стоматологов по практической реализации Национальной программы профилактики кариеса и болезней пародонта среди населения РБ / МЗ РБ. – Минск: Беларусь, 1999 – С. 6–8, 11.

2. Леус, П.А. Профилактическая коммунальная стоматология / П.А. Леус. – М.: Мед. кн., 2008 – С. 222, 237, 334–37, 341.

К ВОПРОСУ О СОЗДАНИИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ОТСРОЧЕННОЙ ЭНДОСТАЛЬНОЙ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ВНЕРОТОВЫМ ДОСТУПОМ

Шевела Т. Л., Походенько-Чудакова И. О., Рачков А. А.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск,
УЗ «14-я центральная поликлиника Партизанского района» г. Минск*

Актуальность. Вопросы восстановления кости после нанесенных повреждений, несмотря на их многовековую историю, до настоящего времени далеки от окончательного решения [4]. Особого внимания заслуживают аспекты ремоделирования костной ткани и исследование процессов остеоинтеграции дентальных имплантатов при отсроченной эндостальной имплантации на челюстных костях при полной адентии [3]. В связи с этим продолжение экспериментальных исследований в указанном направлении представляется весьма актуальным. На современном этапе известны способы создания модели дентальной имплантации в условиях эксперимента [1, 5]. Несмотря на значительное число преимуществ каждого из указанных способов, все они обладают и некоторыми недостатками, что убеждает в необходимости разработки новой экспериментальной модели отсроченной дентальной имплантации внеротовым доступом, обеспечивающей возможность изучения остеоинтеграции при дентальной имплантации в динамике на основании как морфологических изменений, так и биохимических параметров экспериментального объекта.

Цель – разработка новой экспериментальной модели отсроченной дентальной имплантации внеротовым доступом.

Материал и методы. Экспериментальные исследования осуществляли в строгом соответствии с современными принципами биоэтики [2]. В экспериментальные исследования были включены 10 кроликов породы Шиншилла мужского пола, массой 3500–3800 грамм. Указанные животные находились на стандартном рационе питания в виварии УО «Белорусский государственный медицинский университет» со свободным доступом к пище и воде. Перед проведением исследований животных

взвешивали, тщательно осматривали на наличие видимой патологии и признаков заболеваний. Перед началом эксперимента животные были выдержаны в отдельном изолированном боксе в течение недели с целью прохождения карантина.

Результаты и обсуждение. Создание экспериментальной модели отсроченной дентальной имплантации внеротовым доступом осуществляли в соответствии с предложенным нами способом (И. О. Походенько-Чудакова, Т. Л. Шевела, А. А. Рачков, 2014). Оперативное вмешательство экспериментальному объекту – кролику – выполняли в асептических условиях, под внутривенным наркозом (в краевую вену уха медленно струйно вводили 7 мл 1% раствора тиопентала натрия) и инфильтрационной анестезией (Sol. Lidicaini 2% – 2 ml). В зоне предстоящего оперативного вмешательства депилировали участок 3 x 2 см. Кожу обрабатывали 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата. Затем выполнили разрез кожи и подкожной клетчатки вдоль тела нижней челюсти и скелетировали наружную кортикальную пластинку нижней челюсти. Подготовку ложа под винтовой имплантат проводили сверлами возрастающего диаметра (рисунок 1 (а)) при помощи физиодиспенсера на скорости вращения 600 об/мин с инстилляцией зоны препарирования стерильным раствором. В подготовленное ложе при помощи имплантовода вводили дентальный имплантат (рисунок 1 (б)). При этом последний погружали ниже уровня костной ткани на 0,5 мм. Канал имплантата закрывали заглушкой, что в дальнейшем предотвращало врастание мягких тканей. Рану зашивали узловыми швами. Швы обрабатывали 1% спиртовым раствором бриллиантового зеленого. Непосредственно после завершения операции однократно, с целью профилактики

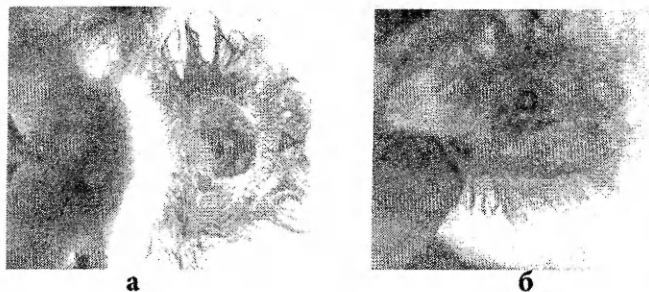


Рисунок 1 – Этапы установки дентального имплантата в области тела нижней челюсти у экспериментального животного при создании экспериментальной модели отсроченной дентальной имплантации внеротовым доступом: **а** – сформированной ложе для имплантата в области тела нижней челюсти экспериментального животного; **б** – установленный имплантат в области тела нижней челюсти.

развития гнойно-воспалительных осложнений, всем наблюдавшимся лабораторным животным внутримышечно вводили 30% раствор линкомицина гидрохлорида объемом 1,0 мл. В послеоперационном периоде ежедневно проводили перевязки с обработкой зоны вмешательства растворами антисептиков. Швы снимали на 7 сутки.

Преимущества данного метода состоит в следующем: 1) обеспечении относительно стерильных условий при установке имплантата, так как операционная рана не имеет сообщения с полостью рта и, следовательно, позволяет исключить попадание в нее ротовой жидкости; может применяться как экспериментальная модель соответствующая клинической ситуации при полной адентии челюстей.

Выводы. Таким образом, достигаемый техни-

ческий результат данной экспериментальной модели отсроченной дентальной имплантации внеротовым доступом заключается в том, что: она соответствует реальным клиническим условиям при полной адентии; создает наиболее благоприятные условия для процессов остеоинтеграции, так как, во-первых, препятствует врастанию эпителия в зону между имплантатом и костной тканью, а, во-вторых, является профилактикой развития периимплантита и последующей утраты имплантата.

Литература

1. Григорьян, А. С. Экспериментально-морфологическое исследование реакции костной ткани на имплантацию углеродосодержащих материалов с иницированной рентгеноконтрастностью / А. С. Григорьян, Ф. Х. Набиев, Р. В. Головин // *Стоматология*. – 2005. – Т. 84, № 2. – С. 4–9.
2. Денисов, С.Д. Требования к научному эксперименту с использованием животных / С.Д. Денисов, Т.С. Морозкина // *Здравоохранение*. – 2001. – № 4. – С. 40–42.
3. Особенности реабилитации пациентов при полном отсутствии зубов с использованием материала из никелид титана / Р. Г. Хафизов [и др.] // *РВДИ*. – 2007/2008. – № 1/4 (17/20). – С. 72–75.
4. Современные методы регенерации кости при применении биологических и синтетических материалов / Ю. М. Погосян [и др.] // *Вопр. теорет. и клин. медицины (Ереван)*. – 2008. – Т. 11, № 1. – С. 23–27.
5. Validation of an osteoporotic animal model for dental implant analyses: an in vivo densitometric study in rabbits / E. Martin-Monge [et al.] // *Int. J. Oral Maxillofac. Implants*. – 2011. – Vol. 26, N 4. – P. 725–30.

ПРИМЕНЕНИЕ БЕЗЗОЛЬНОЙ ПЛАСТМАССЫ «PATTERN RESIN» LS С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БЕЗЗОЛЬНЫХ ШТИФТОВ UNICLIP ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЛИТЫХ КУЛЬТЕВЫХ ШТИФТОВЫХ ВКЛАДК

Шупилкин Н.В., Чернявский Ю.П.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Совершенствование методов восстановления разрушенной коронковой части зуба является одной из самых актуальных проблем современной стоматологии. После определения показаний к изготовлению литой культевой штифтовой вкладки, успех дальнейшего лечения определяется качественным проведением основных клинических этапов. Прецизионность зубных протезов во многом определяется применяемыми моделировочными материалами.

Цель. Оценить методики моделировки литых культевых штифтовых вкладок, изготовленных прямым методом из воска «Лавакс» и из беззольной пластмассы «Pattern Resin» LS (GS, Япония) с использованием беззольных штифтов Uniclip (Dentsply Maillefer, Швейцария).

Материал и методы. На основании проанализированных технологий изготовления литых культевых штифтовых вкладок с использованием

беззольной пластмассы и беззольных штифтов, а также моделировочного воска «Лавакс» нами было проведено ортопедическое лечение 20 пациентов строго по показаниям к литым штифтовым культевым вкладкам. Пациенты были разделены на 2 группы количеством по 10 человек. В каждую группу входило по 2 пациента с двухкорневыми премолярами, 1 с двухкорневыми премоляром и 7 пациентов с однокорневыми зубами.

В группе № 1 моделировка литых культевых штифтовых вкладок проводилась прямым методом из моделировочного воска «Лавакс». В группе № 2 моделировка проводилась прямым методом из изготовления литых культевых штифтовых вкладок из беззольной пластмассы «Pattern Resin» LS (GS Япония) с использованием беззольных штифтов Uniclip (Dentsply Maillefer, Швейцария).

Клинические этапы включали: обследование пациента и при необходимости предварительную