

Особенности комплексного лечения болезней пародонта в сочетании с зубочелюстными аномалиями с применением пассивной самолигирующей системы — Damon System (Ormco)



Денисова Ю.Л.
к.м.н., доцент 3-й кафедры
терапевтической
стоматологии Белорусского
государственного
медицинского университета

Введение

Проблема повышения эффективности лечения зубочелюстных аномалий и деформаций у взрослых с болезнями пародонта остается актуальной вследствие вызываемого ими резкого ухудшения состояния тканей пародонта, высокого процента осложнений в процессе и после ортодонтического лечения, большой склонностью к рецидивам, необходимостью адаптации пациента к несъемным ортодонтическим аппаратам, что, несомненно, ухудшает результаты и качество лечения.

Воспалительно-деструктивные болезни пародонта агрессивно разрушают опорно-удерживающие структуры зуба, усугубляя имеющуюся аномалию прикуса и вызывая вторичные деформации зубных рядов, особенно при комбинации воспаления, больших ортодонтических сил и окклюзионной травмы, что ведет к неблагоприятному прогнозу течения болезней пародонта. Болезни пародонта сопровождаются зубочелюстными деформациями с миграцией зубов в виде: зубоальвеолярного удлинения (протрузии или веерообразного расхождения передних зубов), трем и диастем, вращения премоляров и моляров, скученности, и как следствие, снижение высоты нижнего отдела лица, нарушение окклюзии, изменение в височно-нижнечелюстных суставах и жевательной мускулатуре, ухудшение эстетики лица и нарушение речи [1, 15]. Этиологическими факторами, приводящими к указанным зубочелюстным деформациям, относят: дисбаланс между влиянием языка, губ и ослабленными тканями пародонта; вредные артикуляционные привычки, а также явления бруксизма; перегрузка тканей пародонта функционирующих передних зубов вследствие потери боковых; давление патологической грануляционной ткани в костных пародонтальных карманах и контралатеральных периодонтальных волокон [11].

В свою очередь не только потеря альвеолярной кости чревата зубочелюстными деформациями, но и зубочелюстная аномалия, не устраненная в детском возрасте, является причиной развития болезней пародонта у взрослых, а также фактором, усугубляющим течение, прогноз и планирование болезней пародонта [9]. Поэтому ортодонтическое лечение должно являться обязательным этапом комплексного лечения болезней пародонта, направленного не только на пост-

роение гармоничной улыбки, окклюзии и профиля, но и на стимуляцию реконструкции альвеолярной кости [3, 4].

Однако ортодонтическое передвижение зубов у данной категории пациентов может вызвать патологические изменения в тканях пародонта при применении больших ортодонтических сил, частых активаций и без адекватного подготовительного пародонтологического лечения [7]. В связи с этим для успешного комплексного лечения болезней пародонта необходимо междисциплинарное взаимодействие пародонтолога и ортодонта и применение ими современных технологий и методик лечения [9].

Ранее в публикациях есть сообщения о неблагоприятном влиянии ортодонтического лечения у пациентов с болезнями пародонта вследствие усиления резорбции межальвеолярной перегородки [1, 7, 9, 13, 14]. Однако эти взгляды ушли в прошлое. С появлением современной ортодонтической техники — Damon System (DS 2, DS 3, DS 3MX) (Ormco) лечение со значительным передвижением зубов у пациентов с болезнями пародонта без деструктивных явлений стало возможным [8, 11, 12]. Так как Damon System — это единственная система пассивного типа самолигирующих брекетов, которая выгодно отличается от систем активного типа тем, что предусматривает низкое трение между ортодонтической дугой и пазом брекета и возможность применять длительное время малые ортодонтические силы. Поэтому применение Damon System как раз показано у пациентов с патологией пародонта в сочетании с зубочелюстными аномалиями и деформациями [4, 5, 6, 10, 11].

Система Дэймон (Damon System) позволяет:

- исключить вредное воздействие ортодонтического лечения на ткани пародонта за счет физиологического движения зубов с применением малых ортодонтических сил и низкого трения в брекет-системе;
- расширить показания ортодонтического лечения больных с болезнями пародонта;
- сократить показания к лечению с удалением зубов (даже «безнадежных» с точки зрения традиционных методов случаи с большим дефицитом места как у растущих, так и у взрослых пациентов);

- сократить сроки лечения и числа посещений (в среднем требуется 7–10 посещений);
- увеличить интервалы активации ортодонтического аппарата (не чаще 2–3 месяцев);
- улучшить стабильность результатов за счет адаптации форм зубных дуг в процессе лечения;
- улучшить гигиеническое состояние ротовой полости, снизить риск поражения кариесом и воспалительных заболеваний слизистой оболочки ротовой полости;
- снизить затраты рабочего времени, приходящиеся на работу с традиционными системами при установке и замене эластических и металлических лигатур;
- упростить механику лечения за счет снижения требований к опоре и облегчения закрытия пространств, снижая потребность в использовании лицевой дуги и быстрого небного расширителя;
- обеспечить комфорт для пациента за счет быстрой адаптации.

Цель исследования

Стабилизировать патологический процесс в тканях пародонта у пациентов с хроническим сложным пародонитом в сочетании с зубочелюстными аномалиями и деформациями путем повышения эффективности комплексного лечения с использованием новых ортодонтических систем — Damon System.

Задачи исследования

Ортодонтический этап комплексного лечения пациентов с болезнями пародонта заключался в достижении полноценных фиссур-бугорковых контактов между зубами-антагонистами, симметрии, отсутствия промежутков между зубами, то есть построении гармоничной улыбки, окклюзии и профиля.

Пародонтологическое лечение состояло в проведении профессиональной гигиены зубов совместно с другими лечебно-профилактическими мероприятиями для предупреждения воспалительного процесса в тканях пародонта до ортодонтического лечения, в процессе и после его окончания.

Материал и методы исследования

Для решения поставленной цели и задач проведено комплексное лечение 44 пациента обоих полов в возрасте 35–44 года с хроническим сложным пародонитом средней тяжести в сочетании с зубочелюстными аномалиями и деформациями. В зависимости от метода лечения пациенты были разделены на три группы.

При проведении исследования состояния зубочелюстной системы различали несколько этапов. Первый этап: знакомство с пациентом, выяснение анамнеза жизни, общих заболеваний и жалоб, определение статуса ротовой полости, первичная визуальная характеристика аномалии, предварительный диагноз. Второй этап состоял в детальном исследовании диагностических моделей челюстей, ортопантограммы, телерентгенограммы, состояния тканей пародонта и слизистой оболочки ротовой полости, проведении лабораторной диагностики (ультразвуковая доплерография, реопародонтография, ультразвуковой денситометрии), установлении окончательного диагноза и прогноза. Всем пациентам проводили определения комп-

лекса объективных показателей до проведения комплексного лечения, на этапах ортодонтического лечения и после его окончания [2, 3].

Этапы комплексного лечения больных с патологией пародонта и зубочелюстными аномалиями и деформациями включали: подготовительное лечение, повторную оценку состояния тканей пародонта, ортодонтическое лечение, хирургические мероприятия (по показаниям), ортопедическое лечение (по показаниям), поддерживающую терапию.

Ортодонтическое лечение у пациентов с патологией пародонта проводили системой самолигирующихся брекетов пассивного типа Damon System (Damon 2, Damon 3, Damon 3MX) с применением малых ортодонтических сил длительного воздействия. При пародоните тяжелой степени тяжести начинали ортодонтическое лечение с дуги 0.012" SiNi-Ti, далее переходили на 0.013" и 0.014" SiNi-Ti, что исключало негативное влияние ортодонтической системы на ткани пародонта. При достижении хорошего выравнивания положения зубов и зубного ряда второй и, иногда, последней ортодонтической дугой чаще была 0.016 X 0.025" SiNi-Ti; третьей — 0.016 X 0.025" ТМА или нержавеющей сталь с крючками.

Результаты исследования

Комплексное лечение болезней пародонта в сочетании с зубочелюстными аномалиями и деформациями с применением пародонтологических и ортодонтических мероприятий с применением пассивной самолигирующей системы Damon System (Ormco) с ведущей ролью пародонтолога привело к устранению воспалительных процессов и улучшению процессов микроциркуляции в тканях пародонта. Совокупность лечебно-профилактических мероприятий с применением Damon System привела к стабилизации патологического процесса в тканях пародонта, значительно повысила эффективность комплексного лечения в целом у пациентов с болезнями пародонта в сочетании с зубочелюстными аномалиями и деформациями.

Для иллюстрации комплексного лечения пациентов с болезнями пародонта в сочетании с зубочелюстными аномалиями и деформациями приводим выписку из двух историй болезни.

Пациентка Р. (44 г., № 157/2006) с жалобами на эстетический дефект, связанный с миграцией передних зубов, кровоточивость десен, гноетечение в области 1.1, 2.1 и 2.2 зубов. Со слов пациентки, ранее ортодонтическое лечение не проводилось. Наличие вредных привычек отрицает.

Эстетическое состояние: лицо симметричное, профиль выпуклый, нарушение смыкания губ, вестибулярный наклон фронтальных зубов верхней и нижней челюстей (бипротрузия) с вращением вокруг оси 2.1-го зуба, небное положение 3.1-го зуба, зубоальвеолярное удлинение передней группы зубов; глубокое резцовое перекрытие (рис. 1 а-д).

Периодонтологическое состояние: ОНІ-S — 2,3; GІ — 2,6; РМА — 38,46%; ИПК — 25%; ИЧП — 2,03, глубина периодонтальных карманов до 6 мм, показатели ЭОМ 1.1-го, 2.1 и 2.2-го зубов составляли 1 мкА, 3.1-го и 4.1-го зубов — 1,4 мкА, подвижность второй степени имели 6 верхних передних зубов, что указывало на наличие воспаления и деструктивные процессы в тканях пародонта; внутрикостные

карманы в области 1.1-го, 2.1-го, 2.2-го и 2.3-го зубов, неправильный осевой наклон передних зубов верхней и нижней челюстей. Уровень альвеолярного гребня по отношению к корню зуба был снижен на $\frac{1}{4}$ высоты в области всех зубов, у 1.6-го, 2.3-го и 2.4-го зубов на $\frac{1}{2}$ высоты, а у 1.1-го, 2.1-го и 2.2-го зубов на $\frac{3}{4}$ высоты, явления остеопороза и расширения периодонтальной щели (рис. 2). При исследовании структурно-функционального состояния костной системы выявлен остеопенический синдром — индекс прочности костной ткани составил 82%. При микробиологическом исследовании содержимого периодонтальных карманов обнаружены — *Streptococcus mitis*, *Eubacterium limosum*, *Staphylococcus epidermidis*.

Функциональное состояние: некоторые параметры ротовой жидкости имели следующие значения: скорость слюноотделения — 0,6 мл/мин, вязкость — 2 ЕД, МПС — III тип, адсорбционная способность эпителиальных клеток II и III категории — 95%; при анализе реопериодонтограммы определили следующие показатели: РИ — 0,08 Ом; α — 0,11 с; ПТС — 19; ИПС — 93%; f — 0,05 с; ИЭ — 78%; при анализе доплерографии определили следующие показатели: Vs = 4,1; Qas = 1,9; Vm = 1,8.

На основании комплексного обследования зубочелюстной системы поставлен диагноз: хронический генерализованный сложный пародонтит средне-тяжелой тяжести, зубочелюстная деформация верхнего зубного ряда, скученность передних резцов.

На основании диагноза составлен план комплексного лечения:

1. Подготовительное лечение (удаление зубных отложений, мотивация и обучение методам поддержания гигиены полости рта, контроль прироста зубного налета).
2. Повторная оценка состояния тканей пародонта после подготовительного лечения.
3. Ортодонтическое лечение с нормализацией положения передних зубов с целью их правильной постановки в зубной ряд.
4. Шинирование зубов с поврежденным пародонтом для закрепления достигнутого результата лечения, а также с целью распределения функциональной нагрузки.
5. Ортопедическое лечение с целью замены металлических коронок 1.6-го, 3.6-го, 4.6-го зубов.



Рис. 1 А-Д. Пациентка Р. (44 г.),
С хроническим генерализованным сложным пародонтитом средне-тяжелой тяжести, скученностью передних зубов до ортодонтического лечения (А — фас лица, Б — улыбка, В — профиль, Г — окклюзия справа, Д — фас)

6. Поддерживающая терапия с целью регулярного контроля гигиены ротовой полости и постоянной ее коррекции, выявления кариеса, нарушений пломб, окклюзии, а также контроля состояния микроциркуляции. Динамическое наблюдение 4 раза в год (группа «С») с проведением профессиональной гигиены ротовой полости, врачебного контроля и физиотерапевтического лечения для улучшения состояния тканей пародонта.

Ход лечения. После проведения гигиенических мероприятий подготовительного этапа лечения провели лечебные мероприятия в области всех карманов в каждом квадранте с применением ультразвуковой терапии (Scaling & Root Planing). После повторной оценки состояния тканей пародонта, медикаментозного и физиотерапевтического лечения (ОНИ-С — 0,6; GI — 0,8; РМА — 14%; ИПК — 50%) проведено ортодонтическое лечение системой самолигирующих брекетов пассивного типа Damon 3 (Ormco). С учетом плана ортодонтического лечения была строго соблюдена смена проволочных дуг в зависимости от задач, выполняемых на каждом этапе лечения (рис. 3 а-в). Общая продолжительность активного периода лечения составила 12 месяцев. После ортодонтического лечения определяется значительное улучшение тканей пародонта, нормализации положения зубных рядов и прикуса в целом, а также улучшении профиля и улыбки (Рис. 4 а-в). Однако на протяжении двух лет пациентке назначали курсы лечебно-профилактических мероприятий с включением физиотерапевтических мероприятий. На ортопантомограммах после ортодонтического лечения — значительное улучшение состояния костной ткани: уменьшение глубины внутрикостных карманов в области 1.1-го, 2.1-го и 2.2-го зубов, увеличение вертикальной длины альвеолярного гребня в этой области на 2-3 мм, уплотнения костной ткани во фронтальном участке и нормализация периодонтальной щели. Показатель ультразвуковой денситометрии улучшился до 89% (рис. 5). Общий прогноз болезни пародонта благоприятный (рис. 6).

Пациентка 3. (43 г. № 135/2004) с жалобами на эстетический дефект, связанный с миграцией передних зубов, нарушение произношения шипящих звуков. Со слов пациентки, ранее ортодонтическое лечение не проводилось. Наличие вредных привычек отрицает.



Рис. 2 А-В.
Через 6 месяца ортодонтического лечения с применением Damon System 3 (Ormco)

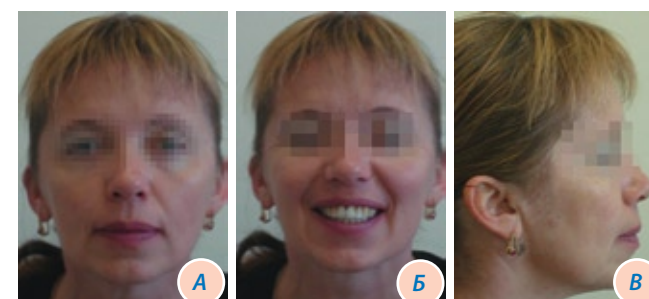


Рис. 3 А-Д.
После комплексного лечения (А — фас лица, Б — улыбка, В — профиль, Г — слева, Д — фас)

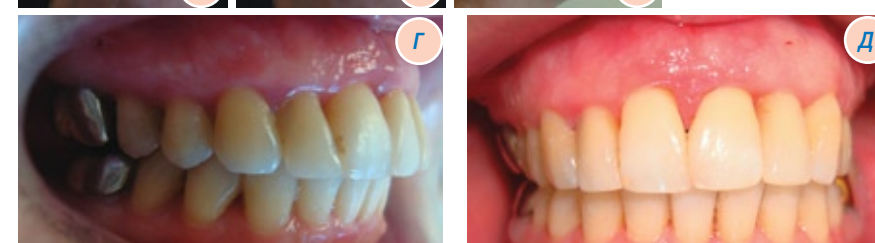


Рис. 4 А, Б.
А — верхняя и нижняя челюсть до ортодонтического лечения; Б — верхняя и нижняя челюсть после ортодонтического лечения

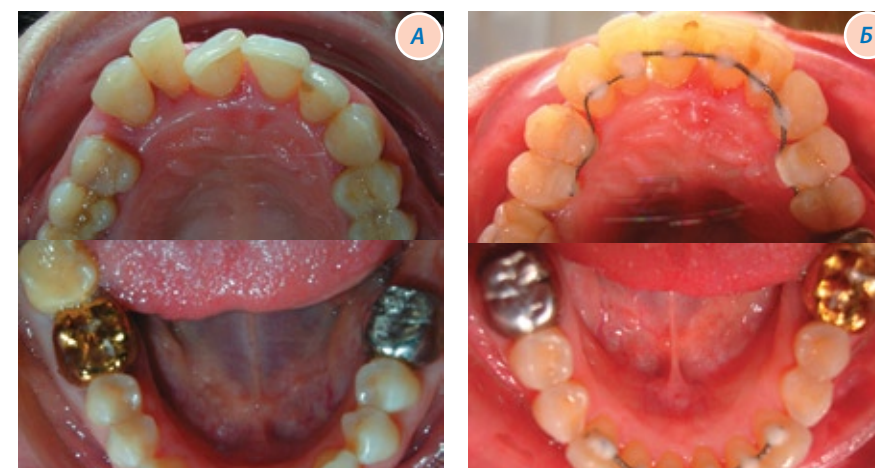


Рис. 5.
Ортопантомограмма после ортодонтического лечения



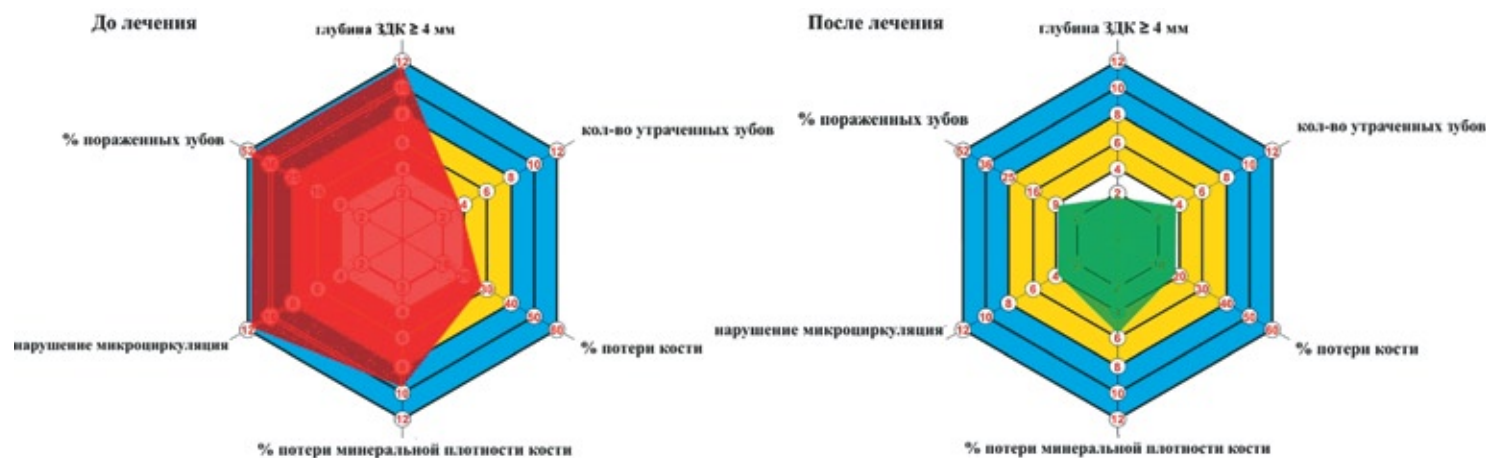


Рис. 6. Прогноз болезней пародонта до и после комплексного лечения

Эстетическое состояние: лицо симметричное, профиль выпуклый, снижение нижней трети лица на 3 мм; диастемы, вестибулярный наклон фронтальных зубов верхней и нижней челюстей (бипротрузия) с вращением вокруг оси (тортопозиция) 2.1-го, 3.1-го и 4.1-го зубов, зубоальвеолярное удлинение передней группы зубов. Смещение центральной линии влево на 3 мм; открытый прикус, дистальный прикус в области клыков и боковых зубов (II класс I подкласс Энгля); включенный дефект зубного ряда вследствие удаления 4.6-го зуба (III класс Кеннеди), а также дефекты коронок 2.6-го зуба (рис. 7 а-д).

Периодонтологическое состояние: ОНІ-S — 2,0; GI — 2,84; RMA — 38,46%; ИПК — 30%; ИЧП — 2,03, глубина периодонтальных карманов до 6 мм, рецессия десны в области почти всех зубов с вестибулярной и язычной стороны, показатели ЭОМ 1.1-го и 2.1-го зубов составляли 1,4 мкА, 3.1-го и 4.1-го зубов — 1 мкА, подвижность второй степени имели 6 зубов, что указывало на наличие воспаления и деструктивных процессов в тканях пародонта; внутрикостные карманы в области 2.6-го и 4.7-го зубов, неправильный осевой наклон передних зубов верхней и нижней челюстей. Уровень альвеолярного гребня по отношению к корню зуба был снижен на ¼ высоты в области всех зубов, а у 2.1-го, 2.2-го, 2.6-го, 4.7-го зубов на ½ высоты и более, явления остеопороза и расширения периодонтальной щели (рис. 8).

Функциональное состояние: отсутствие передней направляющей и клыкового ведения, гипербалансирующие бугрово-бугорковые контакты в области боковых зубов, высокая подвижность обоих височно-нижнечелюстных суставов; нарушение функции глотания (инфантильный тип); некоторые параметры ротовой жидкости имели следующие значения: скорость слюноотделения — 0,55 мл/мин, вязкость — 2 ЕД, МПС — III тип, адсорбционная способность эпителиальных клеток II и III категории — 95%; при анализе реопериодонтограммы определили следующие показатели: РИ — 0,08 Ом; α — 0,12 с; ПТС — 19; ИПС — 91%; f — 0,06 с; ИЭ — 76%.

На основании комплексного обследования зубочелюстной системы поставлен диагноз: хронический генерализованный сложный периодонтит средне-тяжелой тяжести, дистальный открытый прикус, деформация верхнего и нижнего зубных рядов. Общий прогноз благоприятный.

На основании диагноза составлен план комплексного лечения:

1. Подготовительное лечение (удаление зубных отложений, мотивация и обучение методам поддержания гигиены полости рта, контроль прироста зубного налета).
2. Повторная оценка состояния тканей пародонта после подготовительного лечения.
3. Ортодонтическое лечение с удалением 1.4-го и 2.4-го зубов: нормализация формы зубных рядов и положения

Рис. 7. Пациентка 3. (44 г.)

С хроническим генерализованным сложным пародонтитом средне-тяжелой тяжести, дистальным прикусом, сужением верхнего зубного ряда, протрузией верхних и нижних резцов до ортодонтического лечения (А — фас лица, Б — улыбка, В — окклюзия слева, Г — фас, Д — справа)



Рис. 8. Пациентка 3. Ортопантомограмма до ортодонтического лечения

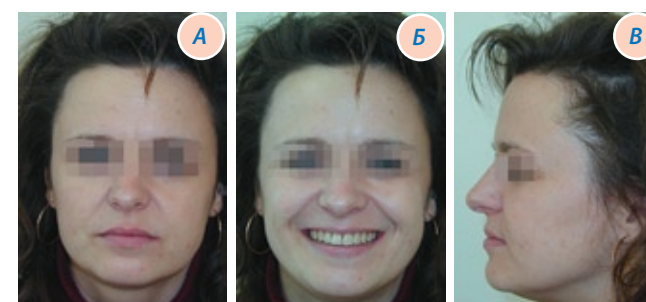


Рис. 9. Пациентка 3. Через 1 год после комплексного лечения (А — фас лица, Б — улыбка, В — профиль, Г — слева, Д — фас, Е — справа)

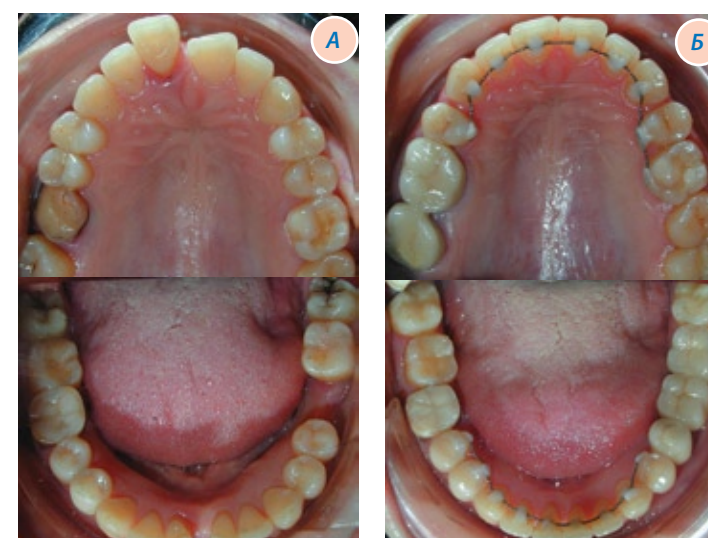


Рис. 10 А, Б. А — верхняя и нижняя челюсть до ортодонтического лечения, Б — верхняя и нижняя челюсть после ортодонтического лечения



Рис. 11. Ортопантомограмма после ортодонтического лечения. Улучшение состояния костной ткани

1.2-го, 1.1-го, 2.1-го 2.2-го зубов с целью их правильной постановки в зубной ряд; коррекция зубных рядов в трех плоскостях с созданием правильных межбугровых контактов между зубами верхней и нижней челюстями; ретенционный период.

4. Шинирование зубов с поврежденным периодонтом несъемными ретейнерами для закрепления достигнутого результата лечения, а также с целью распределения функциональной нагрузки.

5. Ортопедическое лечение с целью устранения дефектов коронок 2.6-го зуба, включенного дефекта нижнего зубного ряда, восстановления их целостности, равномерного перераспределения жевательной нагрузки с помощью металллокерамических коронок и мостовидного протеза.

6. Поддерживающая терапия с целью регулярного контроля гигиены ротовой полости и постоянной ее коррекции, выявления кариеса, нарушений пломб, окклюзии, а также контроля состояния микроциркуляции. Динамическое наблюдение 4 раза в год (группа «С») с проведением профессиональной гигиены ротовой полости, врачебного контроля и физиотерапевтического лечения для улучшения состояния тканей периодонта. Консультация и лечение у логопеда для нормализации положения и функционирования языка.

Ход лечения. После проведения гигиенических мероприятий подготовительного этапа лечения под анестезией провели лечебные мероприятия в области всех карманов в каждом квадранте с применением ультразвуковой терапии. После повторной оценки состояния тканей периодонта, медикаментозного и физиотерапевтического лечения (ОНI-S — 0,6; GI — 1,0; РМА — 9%; ИПК — 50%) проведено ортодонтическое лечение с помощью современной несъемной ортодонтической брекет-системы Damon 2 (Ormco). Общая продолжительность активного периода лечения составила 14 месяцев. В результате проведенного ортодонтического лечения достигнуты стабильные окклюзионные контакты зубов путем их избирательного шлифования. После ортодонтического лечения получен положительный результат в значительном улучшении тканей периодонта, нормализации положения с зубных рядов и прикуса в целом, а также улучшении профиля, улыбки и речи (Рис. 9 а-е). Однако на протяжении двух лет пациентке назначали курсы лечебно-профилактических мероприятий с включением физиотерапевтических мероприятий. После снятия ортодонтического аппарата на верхнюю и нижнюю челюсти для стабильности результата зафиксированы несъемные ретейнеры (рис. 10). На ортопантомограммах после ортодонтического лечения — значительное улучшение состояния костной ткани: уменьшение глубины внутрикостных карманов в области 2.6-го и 4.7-го зубов, увеличение вертикальной длины альвеолярного гребня в этой области, отсутствие остеопороза и нормализация периодонтальной щели (рис. 11).

Заключение

С появлением на стоматологическом рынке Damon System у ортодонтот и пародонтологов появилась возможность при лечении больных со сложным хроническим генерализованным пародонтитом в сочетании с зубочелюстными аномалиями и деформациями проводить комплексные лечебные мероприятия с включением ортодонтических ме-

роприятий, направленных на снятие окклюзионной травмы, создание множественных окклюзионных контактов, гармоничной улыбки и профиля, а также на улучшение состояния всех тканей пародонта. Междисциплинарный комплекс ортодонтических и пародонтологических мероприятий на современном уровне с применением Damon System обеспечивает оптимальные условия для создания здорового пародонта, а также улучшение эстетического вида лица, что необходимо современному человеку, который стремится улучшить свое качество жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. **Бякова С.Ф.** Комплексный подход к лечению взрослых пациентов с воспалительно-деструктивными заболеваниями пародонта (обзор) / С.Ф. Бякова, Н.Е. Новожилова, Е.В. Хазина, Г.Б. Оспанова // Ортодонтия. — 2006, № 4, С. 50-54.
2. **Дедова Л.Н.** Диагностика болезней периодонта: Учебно-метод. пособие / Белор. госуд. мед. унив.; Сост. Л.Н.Дедова — Минск. — 2004. — 70 с.
3. **Денисова Ю.Л.** Клинико-функциональная характеристика тканей периодонта при комплексном лечении больных с зубочелюстными аномалиями современными несъемными ортодонтическими аппаратами: Автореф. дис.... канд. мед. наук: 14.0021. / Белорус. гос. мед. ун-т. — Минск. — 2006. — 20 с.
4. **Денисова Ю.Л.** Применение нового поколения самолигирующих брекетов в ортодонтической практике // Стоматологический журнал. — 2005, № 1, С.24-26.
5. **Дэймон Д.** Damon System 2: новое поколение брекетов для лучшего результата // ОртоСоло. сентябрь — 2004. — С.4-8.
6. Применение самолигирующих брекетов в ортодонтической практике / О.И. Арсенина, А.И. Попова, М.Ш. Якубова // Пособие для врачей-ортодонтот. — М., 2003. — 31 с.
7. **Хорошилкина Ф.Я.** Ортодонтия. Лечение лицевых аномалий современными ортодонтическими аппаратами. Клинические и технические этапы их изготовления / Ф.Я. Хорошилкина, Л.С. Персин. — М.: ООО «Ортодент-Инфо», 1999. — Кн. 1. — 212 с.
8. Alveolar bone changes during phase I orthodontic treatment / G.C. Bills, M.G. Taylor, S.P. McGorray, C. Dolce // J. Dent. Res. — 2001. — № 1132. — P. 177.
9. **Bernal G., Carvajal J.C.** A review of the clinical management of mobile teeth // J.Contemp.Dent.Praact. — 2002. — Vol. 3. — P. 10-22.
10. **Busschop J.L.** The width of the attached gingiva during orthodontic treatment: A clinical study in human patients / J.L. Busschop, M. Van Vlierberghe, J. De Boever // Am. J. Orthod. Dentofacial. Orthop. — 1985. — Vol. 87, № 3. — P. 486-495.
11. **Carlyle T.D.** // Clinical Impressions. 2002., vol. 11, № 1, — P. 3-11.
12. **Damon D.** // Clinical Impressions. 1999., vol.8, №2, — P.4-10.
13. Orthodontics for the next Millennium / R.Sachdeva, H.Bantleon, L.White, J.Johnson. — Texas— Dallas, 1997. — 620 p.
14. **Polson A.M.** Periodontal diagnosis. Current status and future needs / A.M. Polson, J.M. Goodson // J. Periodontol. — 1985. — Vol. 56, № 1. — P. 25-34.
15. **Zachrisson B.U.** Clinical interrelation of orthodontics and periodontics // Orthodontics: The state of the art / ed. H.G. Barrer. — Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1981. — P. 105-114.

НПО «Полистом»

Лидер в производстве остеопластических материалов на основе фосфатов кальция

Новые гелевые формы остеопластических материалов

ИНДОСТ-ГЕЛЬ



ИНДОСТ-ГЕЛЬ+



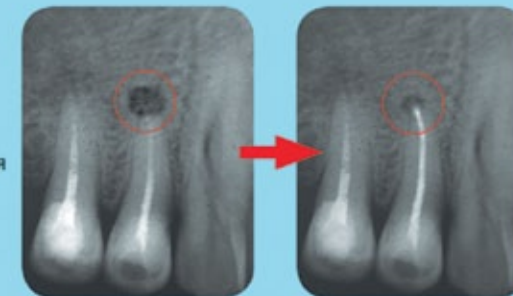
Используются при возмещении небольших костных дефектов различного генеза в челюстно-лицевой области, а также при хирургическом и терапевтическом лечении пародонтита средней и средне-тяжелой степени



ТРАПЕКС-



Внутриканальный материал для консервативного лечения верхушечных периодонтитов с деструктивными процессами (кист, гранулем и т.п.) и зубов с несформировавшимися корнями. Препарат может использоваться на этапах эндодонтического лечения осложненного кариеса в терапевтической стоматологии и стоматологии детского возраста



Реклама



Москва, 107023, Большая Семеновская, 40. Тел./факс: (495) 737-6892, тел.: (495) 967-9938
Сайт: www.polystom.ru; e-mail: office@polystom.ru

ИНДОСТ-гель +

Свойства. Является композицией нанодисперсных ортофосфатов кальция с ИНДОСТ гранулами, с дополнительным введением композиции факторов роста. Отличается повышенными остеоиндуцирующими свойствами. **Не набухает.**

Показания к применению. Используется при возмещении небольших костных дефектов различного генеза в челюстно-лицевой области посредством их заполнения. Возможно сочетанное использование с различными остеопластическими материалами.

Методика применения. ХИРУРГИЯ в пародонтологии: слизисто-надкостный лоскут и поверхность корня разобщают, после тщательного юретажа и дезэпителизации лоскута костный карман заполняют гелем. После имплантации материала слизистую ушивают, в каждом межзубном промежутке на 7-8 дней.

Хирургическая стоматология: шприцевая форма без канюли очень удобна для точного и дозированного введения материала в костный дефект при цистэктомии, резекции, синус-лифтинге и пр.

ТрАпекс-гель.

Свойства. ТрАпекс-гель паста белого или желтоватого цвета, является композицией гидроксиапатита, трикальций-фосфата, оксида цинка с комбинацией противовоспалительных и антимикробных препаратов с органическими составляющими (Л-линкомицин, дексаметазон).

Назначение. ТрАпекс-гель внутриканальный материал для консервативного лечения верхушечных периодонтитов с деструктивными процессами (кист, гранулем и т.п.) и зубов с несформировавшимися корнями, в т.ч. у детей.

Методика применения. ТрАпекс-гель — лечебный материал для временного пломбирования корневых каналов.

1. При односеансном лечении осложненного кариеса паста может использоваться в виде однократной аппликации в полость зуба, после этого корневой канал тщательно просушивается и в него вносится постоянный пломбировочный материал;

2. Кратковременный контакт от 1 до 14 дней. ТрАпекс-гель может использоваться на этапах эндодонтического лечения с «холодным» течением процесса под временную пломбу (повязку) толщиной не менее 4 мм;

ТрАпекс-гель легко удаляется из канала традиционным методом, бумажным штифтом, с помощью эндодонтического шприца или ультразвуковой ирригации.