

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Лавров И. К. Встречаемость сопутствующей патологии у пожилых людей на амбулаторном стоматологическом приеме при лечении зубов с осложненными формами кариеса // Пародонтология. 2010. №2. С. 35-45.
2. Орехова Л. Ю., Порхун Т. В., Лавров И. К. Особенности эндодонтического лечения зубов у лиц пожилого возраста // Эндодонтия today. 2008. №1. С. 35-42.
3. Allen P. F., Whitworth J. M. Endodontic consideration in the elderly // Gerodontology. 2004. №21. P. 185-194.
4. Коэн С., Бернс Р. Эндодонтия: пер. с англ. О.А. Шульги, А.Б. Куодже. – СПб.: НПО «Мир и семья-95», ООО «Интерлайн», 2000. – С. 64.
5. Goodis H. E., Curtis D. Endodontic considerations when fabricating overdentures // Gerodontology. 1990. Spring. №9 (1). P. 25-28.
6. Kirzioglu Z., Gungor O.E., Ciftci Z.Z. Evaluation of the restoration success of endodontic therapy of the primary molars // Eur J Dent. 2011. Oct. №5 (4). P. 415-422.
7. Ricucci D., Russo J., Rutberg M., Burleson J. A., Spångberg L. S. A prospective cohort study of endodontic treatments of 1,369 root canals: results after 5 years // Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2011. Dec. №112 (6). P. 825-842.
8. Scutariu M. M., Frățilă D., Brujbu I. C., Mocanu C. Dental treatment strategies for elderly patients // Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi. 2011. Jul-Sep. №115 (3). P. 938-943.
9. Katsoulis J., Nikitovic S. G., Spreng S., Neuhaus K., Mericske-Stern R. Prosthetic rehabilitation and treatment outcome of partially edentulous patients with severe tooth wear: 3-years results // J Dent. 2011. Oct. №39 (10). P. 662-671.
10. Gatten D. L., Riedy C. A., Hong S. K., Johnson J. D., Cohenca N. Quality of life of endodontically treated versus implant treated patients: a University-based qualitative research study // J Endod. 2011. Jul. №37 (7). P. 903-909.
11. Givol N., Rosen E., Taicher S., Tsesis I. Risk management in endodontics // J Endod. 2010. Jun. №36 (6). P. 982-984.

## Практический курс «Окклюзионное редактирование после эндодонтического лечения» на II Российском эндодонтическом конгрессе

*Проведенный к.м.н., доц. Максимовой О. П. (руководитель Учебного центра компании ТБИ, Академия эстетической стоматологии) в рамках программы II Российского эндодонтического конгресса практический курс «Окклюзионное редактирование после эндодонтического лечения» напрямую был связан с вопросами достижения успеха в эндодонтическом лечении и длительного использования пролеченного зуба. Ключевые темы доклада – адекватная реставрация коронковой части зуба, окклюзионные взаимоотношения и последствия окклюзионных нарушений, достижение гармонии окклюзии, саногенез – механизмы восстановления нарушенной саморегуляции организма на протяжении болезни.*

Курсанты разбирали вопросы, связанные с оценкой клинической ситуации в полости рта, особенностями смыкания зубов и их бугорков. Обсуждали темы, затрагивающие аспекты постреставрационной коррекции, связанные с нарушениями окклюзии зубов (для обеспечения физиологической жевательной нагрузки на зубы, принадлежащие различным группам зубов). Оценивали правильность тактики восстановления анатомической формы зуба; выясняли причины возникновения сколов реставраций, патологической стираемости зубов, болевой дисфункции ВНЧС; выявления бруксизма, невротические расстройства и др. Разбирались особенности распределения контактных точек на зубах, с учетом их функции; особенности окклюзионного редактирования, связанные с выявлением и устранением суперконтактов, созданием физиологических контактных пунктов на всех группах зубов при различных смыканиях челюстей.

Некоторые фрагменты теоретической части курса:

1. Нарушения окклюзии вызывают:
  - сколы и вертикальные трещины коронок и корней зубов;
  - дефекты пломб, коронок (сколы керамики), сокращающие сроки их службы;
  - потемнение зуба, миграцию и патологическую подвижность;
  - гиперчувствительность, стираемость, абфракционные дефекты (возникающие из-за различий в эластичности эмали и дентина: при воздействии жевательного давления, вследствие превышения модуля упругости твердых тканей зуба, на грани-

це пломба-зуб, в пришеечной области, достаточно часто образуются сколы);

- воспаление пульпы и периодонта;
- неэффективность эндодонтического лечения;
- рецессию десны, пародонтальные проблемы, патологию ВНЧС, бруксизм, резорбцию тканей в области имплантации;
- нарушение остеоинтеграции имплантатов, сокращение сроков их службы;
- мигрени.

2. Истинный бруксизм следует отличать от невротических расстройств и проявлений остеохондроза. Регулирование окклюзии – один из методов лечения истинного бруксизма. Истинный ночной бруксизм наблюдается только у 4-8% пациентов. При неврологических осмотрах врачу необходимо уделить внимание истории болезни пациента, проанализировать, какие лекарства он использует. Этим больных окклюзионная коррекция не помогает, для защиты зубов им рекомендуется ношение кап.

3. Наиболее удобным взаиморасположением зубов является привычная (центральная) окклюзия. Каждый зуб контактирует с партнером (антагонистом). При клиническом осмотре пациента врач может выявить (или заподозрить) у пациента ограничение амплитуды жевания, возможную окклюзионную дисфункцию, парафункцию (бруксизм) или неврологические проблемы и др.

4. Пять ключевых вопросов к пациентам д-ра Койса в процессе диагностического обследования:

- Возникают ли у вас проблемы при жевании жвачки?
- У вас есть проблемы при жевании твердых продуктов, требующих продолжительного пережевывания?
- Наблюдали ли Вы изменения, связанные с зубами, за последние пять лет?
- Вам необходимо кусать больше одного раза?
- У вас есть проблемы со сном? (вопрос расширяется: присутствует ли синдром «беспокойных ног»? двигательные расстройства? сбрасываете ли с себя одеяло ночью?)

Утвердительные ответы указывают на наличие проблемы и определенного риска, а также на неутешительный прогноз.

Материал для печати подготовила Галина Масис