

13. Хоменко Л. А. Стоматология дитячого віку / Л. А. Хоменко. – К., 2000. – 320 с.
14. Деньга О. В. Информативность рН-теста слюны при проведении санационно-профилактических функциональных реакций в полости рта у детей / О. В. Деньга, Э. М. Деньга, А. П. Левицкий // Вісник стоматології. – 1995. – № 1. – С. 42–45.
15. Деньга О. В. Метод оценки поверхностного заряда плазматических мембран клеток буккального эпителия у детей / О. В. Деньга // Вісник стоматології. – 1997. – № 3. – С. 449–451.
16. Данилевский Н. Ф. Влияние жевательной нагрузки, оказываемой жевательной резинкой “Orbit” без сахара, на кровоснабжение и состояние тканей пародонта у детей / Н. Ф. Данилевский, О. В. Деньга, Э. М. Деньга // Вісник стоматології. – 1997. – № 1. – С. 91–98.
17. Деньга О. В. Оптические и цветовые параметры слизистой полости рта в норме и патологии / О. В. Деньга, Э. М. Деньга, А. П. Левицкий // Вісник стоматології. – 1996. – № 5/6. – С. 324–328.
18. Деньга О. В. Спектроколориметрическая оценка процессов минерализации в твердых тканях зубов / О. В. Деньга // Вісник стоматології. – 1999. – № 1. – С. 2–4.
19. Protein measurement with the Folin phenol reagent / O. H. Lowry, N. J. Rosebrough, A. Z. Fan, R. J. Randal // J. Biol. Chem. – 1951. – Vol. 193. – P. 265–275.
20. Visser L. The use of p-nitrophenyl-N-test-butyl-oxy-carbonyl-l-alaninate as substrate for elastase / L. Visser, E. R. Blout // Biochem. of biophys. Acta. – 1972. – Vol. 268, N 1. – P. 275–280.
21. Левицкий А. П. Сравнительная оценка трех методов определения активности фосфатаз слюны / А. П. Левицкий, А. И. Марченко, Т. Л. Рыбак // Лабораторное дело. – 1973. – № 10. – С. 624–625.
22. Стальная И. Д. Современные методы в биохимии / И. Д. Стальная, Т. Г. Гаришвили. – М. : Медицина, 1977. – С. 66–68.
23. Метод определения активности каталазы / М. А. Каролюк, Л. И. Иванова, Н. Т. Майорова, К. Е. Токарев // Лабораторное дело. – 1988. – № 1. – С. 16–18.
24. Чевари С. Роль супероксиддисмутазы в окислительных процессах клетки и метод ее определения в биологических материалах / С. Чевари, И. Чаба, И. Секей // Лабораторное дело. – 1985. – № 11. – С. 678–681.
25. Комаров Ф. И. Биохимические исследования в клинике / Ф. И. Комаров, Б. Ф. Коровкин, В. В. Меньшиков. – М. ; Элиста : АПП «Джангар», 2001. – С. 35–40.
26. Антиоксидантно-прооксидантний індекс сироватки крові щурів з експериментальним стоматитом і його корекція зубними еліксирами / А. П. Левицкий, В. М. Почтар, О. А. Макаренко, Л. І. Грідіна // Одеський медичний журнал. – 2006. – № 1 (93). – С. 22–25.

УДК 616.31-008.712-02-08

Д. В. Гризодуб, канд. мед. наук,
Н. В. Кричка, канд. мед. наук

ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМ ГАЛИТОЗА У СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

*Харьковская медицинская академия последипломного образования,
Харьков, Украина,*

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

УДК 616.31-008.712-02-08

Д. В. Гризодуб, Н. В. Кричка

ШЛЯХИ РОЗВ'ЯЗАННЯ ПРОБЛЕМ ГАЛІТОЗУ В СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ

*Харківська медична академія післядипломної освіти, Харків, Україна,
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна*

У представленому огляді літератури розглянуто сучасні аспекти лікування галітозу. Наведено різноманітні методи, запропоновані за останні 10–15 років, щодо усунення стоматологічних причин галітозу.

Ключові слова: галітоз, порожнина рота, запах із рота.

UDC 616.31-008.712-02-08

D. V. Grizodub, N. V. Krichka

METHODS OF HALITHOSIS PROBLEMS SOLUTION IN DENTAL PATIENTS

*The Kharkiv Academy of the Post-Diploma Education, Kharkiv, Ukraine,
The Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine*

The given literature review presents the contemporary aspects of the treatment of halithosis. There are presented different methods, which were proposed during last 10–15 years in the field of halithosis's dental reasons removal.

Key words: halithosis, the oral cavity, smell from the mouth.

Исследованиями последних лет [1] подтверждено, что лишь незначительная часть тяжелых заболеваний приводит к развитию галитоза. В основном, он проявляется в результате накопления налета на спинке языка, в глотке и зубодесневых карманах при заболевании тканей пародонта. Это понимание обеспечило использование целенаправленных методов устранения галитоза.

При обследовании следует всем пациентам предложить сбор анамнеза и тест на содержание сернистого газа в выдыхаемом воздухе. Сбор анамнеза целесообразно проводить с использованием карты, заполнение которой можно доверить любому врачу; после этого следует провести исследование тестов на Галиметре и ввести данные в карту. При повышенном содержании ЛСС (летучих сернистых соединений) назначаются различные методы устранения галитоза в зависимости от локализации источника: десны, язык, протезы.

Лечение галитоза проводится в двух направлениях:

1. Применение антибактериальной терапии.
2. Применение освежителей и гигиенических средств полости рта [2].

Антибактериальная терапия основана на использовании антисептических полосканий и антибактериальных лекарственных препаратов (мази, гели, пленки, пластины). Наиболее эффективны препараты на основе триклозана, 3%-й перекиси водорода, бикарбоната натрия, эфирных масел и солей цинка.

Лечение местных стоматологических причин включает [6]:

- мотивацию индивидуальной гигиены полости рта;
- обучение пациента правильной гигиене полости рта и выбору средств гигиенического ухода;
- демонстрацию техники очистки лингвального налета;
- санацию полости рта (по показаниям);
- пародонтологическое лечение (терапевтическое или хирургическое, по показаниям);
- коррекцию пищевого рациона (исключение экстрактивных продуктов);
- отказ от курения, уменьшение употребления алкоголя;
- стимуляцию слюноотделения или использование заменителей слюны;
- системную антибактериальную терапию;
- местное антибактериальное лечение.

Для поддержания свежести дыхания и с профилактической целью рекомендуется применять:

- освежители полости рта на водной основе;
- зубные пасты на основе пероксида карбамида, обладающие способностью выделять ато-

марный кислород, который губительно действует на анаэробную микрофлору;

— дезодораторы, спреи и жевательные резинки с эфирными маслами [3–7].

Очищение языка проводится после чистки зубов и ополаскивания полости рта. Подметающими движениями в направлении от корня к кончику с языка удаляются налет и слизь.

Для очистки языка имеется большое количество различных скребков и щеток. Щетка для языка Enfresh уникальна, ее форма и длина ручки удобна и позволяет достичь задней поверхности корня языка. Рабочая часть щетки имеет овальную форму с коротко подстриженной щетинкой средней жесткости, которая легко удаляет налет и не травмирует сосочки языка.

Щетка для чистки языка используется в сочетании с противобактериальным гелем, который имеет специальный состав и надолго обеспечивает свежесть дыхания.

Чистка языка — неотъемлемая процедура в индивидуальной гигиене полости рта у пациентов с неприятным запахом изо рта.

Для устранения налета с поверхности языка и неприятного запаха рекомендуется применение ирригаторов [18].

Наиболее известным в нашей стране является ирригатор Water Pik (Teledyne Water Pik, Германия) [19].

К воде, подаваемой для ирригации, можно добавить жидкие лекарственные средства, ароматические вещества и отвары лекарственных трав.

Многоструйные пульсирующие потоки оказывают разностороннее действие: очищающее, массирующее, дезодорирующее. Лечебная процедура зависит от лекарственной формы, включенной в качестве ирриганта (фурацилин, хлоргексидин, ромазулан, календула, стоматофит и др.).

Ирригация полости рта (слизистой оболочки, пародонта, зубов и поверхности языка) осуществляется с помощью постоянной или пульсирующей струи теплой воды под давлением (режимы «струи» и «душа»).

Гигиеническим и лечебно-профилактическим средством для полости рта является «Оральный центр», состоящий из электрической зубной щетки и ирригатора. Наиболее популярным является Braun-Oral-B-Oral Centre, состоящий из электрической зубной щетки Braun-Oral-B 3 D и ирригатора полости рта Braun-Oral-B OxyJet. Если проведенных мероприятий оказывается недостаточно, следует обратиться к антибактериальной терапии [5; 14].

Сегодня наиболее популярны методики, обеспечивающие интенсивную оксигенацию полости рта, поскольку кислород угнетает анаэробную микрофлору. Источником активного кислорода, как правило, являются перекисные соединения. В

случае когда интенсивный запах изо рта связан с областью десен, кислородный гель можно апплицировать в специально изготовленных капках, простирающихся на поверхность десны. Для оксигенации области языка подходят ополаскиватели, жевательные резинки и леденцы, содержащие оксигенирующие компоненты [15]. Среди прочих антибактериальных компонентов для лечения галитоза используют: соли цинка (лактат, ацетат), хлоргексидин, цетилпиридинхлорид [16]. Эти препараты могут быть использованы в составе ополаскивателей для полости рта и жевательной резинки.

В профилактике галитоза особое значение принадлежит стимуляции слюноотделения, поскольку слюна должна не только механически смывать бактерии и остатки пищи с зубов, растворять сернистые соединения, способствовать увлажнению СОПР, но как биологическая жидкость организма содержит в своем составе биологически активные вещества, минеральные компоненты и факторы неспецифической защиты, которые способствуют поддержанию гомеостаза в ротовой полости [17].

Стимулирует слюноотделение применение жевательной резинки без сахара. Жевательные резинки — «Орбит» и «Дирол» — содержат освежающие компоненты: масло мяты, ментол и антикариесный компонент (ксилит, сорбит, маннитол, аспартам), который не является питательной почвой для микроорганизмов, участвующих в образовании зубного налета. Жевательную резинку рекомендуется использовать в течение 10 мин после приема пищи для выравнивания рН ротовой жидкости, стимуляции слюноотделения для механического смывания пищевых остатков с поверхности зубов и снижения микробной обсемененности в полости рта. Дальнейшее жевание жевательной резинки нецелесообразно, поскольку происходит разбавление слюны, уменьшение ее минерализующего потенциала и дальнейшее стимулирование выработки желудочного сока. Основными физиологическими эффектами жевательной резинки являются [7]:

- длительная стимуляция слюнных желез;
- длительное усиленное слюноотделение (увеличение количества ионов кальция, фосфатов и других микроэлементов);
- увеличение содержания белковых веществ, пищеварительных ферментов и антимикробных веществ);
- восстановление рН до нейтрального уровня (рН 7,0);
- усиление жевания и нагрузки на жевательный аппарат;
- усиление кровоснабжения;
- улучшение работы ЖКТ.

А. А. Соловьев и соавт. [8] рекомендуют как средство лечения галитоза у протезоносителей

применять дентальные адгезивы. В настоящее время адгезивы рассматриваются лишь как средства стабилизации идеально фиксированного протеза в процессе жевательных движений челюсти. В стоматологической практике применяются гелеобразные и порошковые адгезивы, обладающие высокими гидрофильными свойствами, обеспечивающие разбухание под воздействием ротовой жидкости с заполнением пространства под протезом и слизистой оболочкой альвеолярной кости. Адгезивы имеют в своем составе такие химические реагенты, как, например, карбоксицеллюлоза и ангидрид полимент малеиновой кислоты, которые обеспечивают соответствующую силу в межфазном пространстве. Кроме того, адгезивы способствуют равномерному распределению давления на слизистую оболочку и тем самым уменьшению риска скольжения в период предельных жевательных нагрузок, а также дают возможность сохранить силу адгезии при недостаточной фиксации и предупреждают попадание остатков пищи в пространство между протезом и слизистой оболочкой полости рта.

Авторы рекомендуют для получения долговременного эффекта каждый раз перед сном тщательно очищать от остатков адгезива ткани полости рта и зубные протезы [20]. Перед внесением протеза в полость рта его поверхность слегка увлажняют, затем наносят тонкий слой адгезивного порошка или геля, в течение 10 с протез помещают в полость рта и плотно прижимают к протезному ложу. Наши наблюдения показывают, что в течение 3–5 мин пациенту следует воздержаться от приема воды или пищи, так как за это время происходит увеличение силы адгезии до ее оптимального уровня.

Согласно данным Т. В. Попруженко и соавт. [9], J. Rendell [10], можно сделать вывод, что применение дентальных адгезивов у носителей съёмных протезов в значительной мере будет способствовать повышению их функционального назначения и предупреждению развития галитоза.

Отдельное место в профилактике галитоза занимают стоматологические лечебные полоски [10]. Лечебно-профилактические полоски могут воздействовать также на отдельные виды патогенной и условно-патогенной микрофлоры за счет входящих в их состав антисептических компонентов. Это очень важный вопрос, так как из-за широкого использования антисептиков, включая пропитывание ими одежды, как это делают отдельные производители одежды и нижнего белья в Японии, резко меняется чувствительность микрофлоры к одним и тем же антисептикам. Если в середине прошлого века стоматологи и весь мир были в восторге от антимикробной активности хлоргексидина, и со страниц профессиональных журналов

не сходили статьи, утверждавшие начало новой эры — эры без зубной щетки, то на сегодняшний день восприимчивость микроорганизмов ко всем этим средствам очень изменилась. Данное положение в одинаковой степени относится к хлоргексидину, триклозану и другим веществам, степень активности которых меняется в зависимости от чувствительности к ним микрофлоры.

Стоматологические полоски появились в продаже только в последние несколько лет. Первые из них представляли собой чисто гигиенические средства, предназначенные исключительно для дезодорирования и освежения ротового дыхания. Выделяют две группы пластин — гигиенические и лечебно-профилактические (или медицинские) [21]. Если первая группа уже достаточно широко представлена и они выпускаются многими производителями средств гигиены полости рта, то выпуск второй группы еще крайне ограничен. Однако в России начато производство лечебно-профилактических стоматологических пластин, которые называются «Биологически активные лекарственные пластины» (БАЛ-пластины), что связано с теми активными компонентами, которые входят в их состав [22].

В настоящее время основными направлениями развития являются полоски гигиенические, в основном предназначенные для дезодорирования полости рта и освежения ротового дыхания.

Другое направление — это лечебно-профилактические пластины, предназначенные, наряду с дезодорированием ротового дыхания, для оказания противовоспалительного действия. В отличие от жевательных резинок они имеют массу преимуществ, хотя их действие достаточно схоже. Они могут использоваться для пролонгированного введения лекарственных средств, при этом мы вольны в выборе активного лекарственного средства (активного ингредиента) [23].

В качестве химических методов борьбы с НЗР (неприятным запахом изо рта) используются различные лекарственные средства для полоскания полости рта [6]. Наиболее эффективны из них следующие:

1. Цетилпиридина хлорид. Для полоскания полости рта можно рекомендовать смесь, состоящую из равных частей цетилпиридина хлорида и оливкового масла.

2. Триклозан.

3. Эссенциальные масла.

4. Перекись водорода. Эффективным является полоскание, состоящее из 20 мл 3%-го раствора перекиси водорода и 200 мл настоя мяты перечной (20,0–180,0).

5. Бикарбонат натрия.

6. Диоксид хлора. Препарат является сильным окислителем, обладающим высоким окис-

лительно-восстановительным потенциалом в отношении ЛСС.

7. Соли цинка. Клинические испытания показали, что полоскания, содержащие соли цинка, уменьшают содержание ЛСС в полости рта более чем на три часа [24]. Некоторые авторы рекомендуют для полоскания полости рта жидкости, содержащие хлорофилл в сочетании с экстрактами водорослей спирулина и алча, обладающими антимикробными свойствами [25].

Среди интересных лечебных мероприятий следует отметить методику L. I. Malemacher, которая предполагает использование специально модифицированных отбеливающих капп, края которых заходят за пределы десневого края на 3 мм. Эти каппы изготавливают без прокладочного материала на зубы. Для изготовления используется тот же материал, что и для изготовления капп для отбеливания.

Суть методики использования таких нестандартных капп заключается в том, что кислородный гель свободно проникает в область десен, языка и небной или язычных поверхностей зубов. Лучше всего использовать гели, содержащие 3–10%-й пероксид карбамида.

Частота и длительность ношения данных капп зависит от конкретной симптоматики, изложенной пациентом. Например, если раздражает утренний запах изо рта, то пациенту рекомендуется надевать каппы с перекисью карбамида перед сном и держать их во рту всю ночь. Если запах появляется в вечернее время, то пациентам следует носить каппы какое-то время среди дня. Для тех же, кто ощущает плохой запах из своего рта на протяжении всего дня, предлагается носить каппы по полчаса утром и вечером. Такое лечение пациентов продолжается в течение 2 нед., после чего производится оценка его эффективности. На приеме, во время проведения этой оценки, анализируется свежесть дыхания пациента. При необходимости продолжения лечения пациенту может быть предложена более высокая концентрация перекиси водорода или перекиси карбамида, либо рекомендовано чаще носить каппы с лекарством. Как правило, лечения в течение 2 нед. обычно более чем достаточно для устранения дурного запаха. После этого пациентам рекомендуется применять безалкогольные окислительные ополаскиватели и зубные пасты, соблюдать правильную гигиену полости рта и чистку языка щеткой.

Проведенные Г. Ф. Белоклицкой и соавт. [11] исследования показали высокую эффективность в лечении галитоза гелей «Дентагель» («Фитофарм») и референтного препарата «Метрогил-Дента» («Юник Фармасьютикал Лабораториз»), что подтверждается не только идентичным характером изменений объективных клинических данных, характеризующих

пародонтальный статус больных с ГП (генерализованным пародонтитом), но и идентичным характером количественных и качественных изменений видового спектра микроорганизмов в содержимом пародонтального кармана. Полученные в результате сравнительной клинической апробации препарата «Дентагель» («Фитофарм») при лечении больных с обострившимся течением ГП данные подтверждают его полную эквивалентность препарату «Метрогил-Дента» («Юник Фармасьютикал Лабораториз»).

А. В. Акулович [12] обосновал целесообразность употребления жевательной резинки на основе сахарозаменителей на фоне применения ополаскивателей с хлоргексидином для профилактики такого побочного эффекта, как отложение пигментного налета. S. Yankell и R. Emiling показали, что сочетанное применение хлоргексидина и жевательной резинки с сахарозаменителями существенно сокращает прирост индекса пигментного налета как в переднем, так и в боковых зубных рядах [13]. Важно отметить, что при подобном сочетании противовоспалительная эффективность ополаскивателя на основе хлоргексидина полностью сохраняется.

Сегодня самой современной разработкой компании Wrigley — мирового лидера в производстве жевательной резинки с лечебно-профилактическими эффектами — является «Orbit Professional».

Эта жевательная резинка без сахара уникальна благодаря содержанию микрогранул, состоящих из полифосфата натрия (гексаметафосфата). Доказано, что это вещество обеспечивает дополнительное очищение зубов, удаление пелликулы и предотвращение образования зубного камня, что было доказано при исследованиях зубных паст.

Кроме того, «Orbit Professional» также содержит ксилит — натуральный, встречающийся в природе неферментируемый сахарозаменитель. С. Mouton, A. Scheinin и K. Makinen клинически доказано, что резинка, содержащая сахарозаменители, такие как ксилит, не только помогает снизить образование зубного налета, но и обладает противокариозными свойствами, способствуя ощущению чистоты зубов, которое возникает при употреблении «Orbit Professional» [23].

Как средство гигиены жевательную резинку следует применять каждый раз непосредственно после еды, что особенно важно в дневные часы, когда не используются другие средства гигиены. Усиление слюноотделения в ответ на жевание резинки позволяет удалить остатки пищи и нормализовать кислотность в полости рта.

Все указанные методы не устраняют комплекс этиопатогенетических механизмов заболевания. Проведенный обзор показывает, что су-

ществует необходимость в дальнейшем углублении исследований, направленных на лечение галитоза.

На кафедре ортопедической стоматологии и ортодонтии взрослых ХМАПО разработана и внедрена в практику анкета комплексного обследования стоматологических пациентов, включающая возможные аспекты галитоза в каждом конкретном случае. Проводится полноценное обследование данной группы больных с целью систематизации актуальных вопросов, связанных с явлениями галитоза, и разработки оптимальных методов лечения и профилактики данного заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аврамова О. Г. Изучение галитоза у лиц с заболеваниями ЖКТ и полости рта / О. Г. Аврамова, Д. Н. Бахмутов // Институт стоматологии. – 2004. – № 4 (25). – С. 86–87.
2. Yaegaki K. Bad Breath: Research Perspectives / K. Yaegaki; ed. M. Rosenberg. – Tel-Aviv, 1995. – P. 87–108.
3. Бойченко Т. С. Обґрунтування вибору засобів гігієни на основі механізму їх дії / Т. С. Бойченко, О. А. Марченко // Дентальні технології. – 2007. – № 1. – С. 16–19.
4. Муравьева С. Галитоз — неприятный запах изо рта / С. Муравьева // Орбит Экспресс. – 2003. – № 13. – С. 5–9.
5. Messadi D. V. Halitosis / D. V. Messadi, F. S. Younai // Dermatol. Clin. – 2003. – Vol. 1, N 21. – P. 147–155.
6. Сивовол С. И. Неприятный запах изо рта / С. И. Сивовол // Стоматолог. – 2005. – № 9. – С. 52–53.
7. Жувальна гумка — «жувати чи не жувати»? / О. О. Стадник, А. В. Драгомирецький, М. Ю. Солонько [та ін.] // Новини стоматології. – 2007. – № 2. – С. 64–70.
8. Предупреждение галитоза у пациентов, пользующихся съемными протезами / А. А. Соловьев, Г. Н. Пахомов, В. Н. Олесова [и др.] // Панорама ортопедической стоматологии. – 2007. – № 2. – С. 29–31.
9. Rendell J. Retention and stability of the maxillary denture during function / J. Rendell, J. E. Grasso, T. Gay // J. Prosthet. Dent. – 1995. – N 73. – P. 344–347.
10. Улитовский С. Б. Не стринги и не чипсы, а Стрипсы / С. Б. Улитовский // Стоматолог. – 2006. – № 5. – С. 34–36.
11. Белоклицкая Г. Ф. Сравнительное клиническое применение препаратов «Дентагель» и «Метрогил-Дента» при лечении генерализованного пародонтита / Г. Ф. Белоклицкая, Т. Д. Центилю, Н. В. Цецура // Современная стоматология. – 2008. – № 1. – С. 42–46.
12. Colgate Total Plus Whitening — зубная паста, объединяющая противокариозное и противоналетное действие с отбеливанием, укреплением десен и устранением неприятного запаха изо рта / Э. Р. Волпе, М. Принсипе, М. С. Петроне, В. Вазьо // Клиническая стоматология. – 2002. – № 4. – С. 68–70.
13. Хэгглин Р. Дифференциальная диагностика внутренних болезней / Р. Хэгглин. – М.: Медицина, 1993. – 452 с.
14. Quirynen M. Review of the treatment strategies for oral malodour / M. Quirynen, H. Zhao, D. van Steenberghe // Clin. Oral Investig. – 2002, Mar. – N 6 (1). – P. 1–10.
15. Reduction of oral malodour by oxidizing lozenges / R. B. Greenstein, S. Goldberg, S. Marku-Cohen [et al.] // J. Periodontol. – 1997. – N 68 (12). – P. 1176–1181.
16. Oral malodour control afforded through the use of sodium bicarbonate-containing chewing gum / J. E. Wild, B. J. Nelson, M. E. Hubbard, J. R. Bowman // Compend Contin. Educ. Dent. – 2001. – N 22. – P. 43–46.

17. Аналитические подходы к изучению показателей метаболизма в ротовой жидкости : учеб. пособие / под ред. Ф. Н. Гильмировой. – М. : Известия, 2006. – 312 с.

18. Митронин А. В. Влияние средств гигиены на вкусовую чувствительность языка пациентов с пародонтитом, страдающих галитозом / А. В. Митронин, Н. Г. Дмитриева // *Стоматология для всех*. – 2006. – № 4. – С. 20–22.

19. Дмитриева Н. Г. Применение современных средств гигиены полости рта в комплексном лечении пародонтита у больных, страдающих галитозом : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук : спец. 14.01.21 «Стоматология» / Н. Г. Дмитриева. – М., 2005. – 15 с.

20. Соловьев А. А. Диагностика, клинические признаки галитоза и методы его устранения : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук : спец. 14.01.21 «Стоматология» / А. А. Соловьев. – М., 2007. – 20 с.

21. Jay L. Практическое решение проблемы неприятного запаха изо рта (галитоза) / L. Jay // *Современная стоматология*. – 2004. – № 2. – С. 33–34.

22. Хабибрахманова Н. П. В поисках свежего дыхания / Н. П. Хабибрахманова // *Сестринское дело*. – 2007. – № 2. – С. 36–38.

23. Акулович А. В. Употребление жевательной резинки с целью лечения и профилактики галитоза, ксеростомии и других патологических состояний полости рта / А. В. Акулович // *Клиническая стоматология*. – 2004. – № 3. – С. 64–66.

24. Галитоз и способы его коррекции / Г. Б. Шторина, А. В. Цимбалистов, В. И. Ахутин, И. Е. Бачуринская // *Пародонтология*. – 2008. – № 2. – С. 68–77.

25. Аврамова О. Г. Галитоз: новая проблема в стоматологии / О. Г. Аврамова // *Стоматология для всех*. – 2004. – № 1. – С. 18–20.

УДК 616.314.2-089.23-631-089.843

Д. Н. Шубцов

ПРИМЕНЕНИЕ ВРЕМЕННЫХ ПРОТЕЗОВ ПРИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

УДК 616.314.2-089.23-631-089.843

Д. М. Шубцов

ЗАСТОСУВАННЯ ТИМЧАСОВИХ ПРОТЕЗІВ ПРИ ДЕНТАЛЬНІЙ ІМПЛАНТАЦІЇ

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Тимчасове протезування на період остеоінтеграції дентальних імплантатів — одна з основних проблем сучасної стоматології. Автор критично оцінює публікації останніх років, присвячені даній проблемі, і доходить висновку про необхідність удосконалювання конструкції тимчасових протезів при дентальному протезуванні.

Ключові слова: дентальний імплантат, імедіат-протез, остеоінтеграція, пластинковий протез.

UDC 616.314.2-089.23-631-089.843

D. N. Shubtsov

USING OF TEMPORARY DENTURES WITH DENTAL IMPLANTATION

The Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

Problem of temporary dentures for using in the period of dental implants osteointegration is one of the basic problems of contemporary dentistry. The author critically evaluates the latterly publications concerning this problem, and makes a conclusion about the need of improving the construction of temporary dentures with dental prosthetics.

Key words: dental implant, immediate-prosthesis, osteointegration, plate denture.

Одна из актуальных проблем современной стоматологии — восстановление функциональных и эстетических параметров зубочелюстной системы в случаях полной потери зубов.

По данным ВОЗ, полная потеря зубов у взрослого населения встречается в 10,5 % случаев. В возрасте 60 лет 26 %, а в 75 лет и старше — 44 % людей не имеют зубов. В среднем в мире 20 % населения к 60 годам утратили зубы. В связи с тенденцией увеличения продолжительности жизни, количество таких пациентов в экономически развитых странах растет [1]. Так, около 35 % молодых людей нуждаются в ортопедическом лечении [2].

В последнее время дентальная имплантация становится одним из наиболее актуальных методов лечения частичной и полной адентии [3–5]. Операция дентальной имплантации показана

на пациентам в возрасте от 18 до 70 лет и старше при условии удовлетворительного состояния здоровья.

Комплексное лечение с применением дентальных имплантатов — современный и эффективный метод реабилитации пациентов с полной адентией. В настоящее время накоплен большой опыт применения дентальных имплантатов в стоматологической практике [6; 7]. Большинство работ, опубликованных в 50–60-х годах, посвящено поднадкостничным имплантатам. Негативные результаты операций с такими имплантатами привели к идее об использовании внутрикостных конструкций.

Во многих случаях применение имплантатов — единственная возможность качественного протезирования [5].