

скорости их растворения  $\text{NaClO}_3$ . В связи с этим, некротизированные ткани, находящиеся в пределах корневого канала и не устраненные в результате хемомеханической обработки, по прошествии недели или более, при нахождении в канале  $\text{Ca}(\text{OH})_2$  будут легко растворяться и вымываться из канала под действием гипохлорита натрия.

Таким образом, метод долгосрочного применения гидроксида кальция можно использовать в зубах с обширными периапикальными поражениями, выраженными экссудативными явлениями, незавершенным формированием корня зуба, прогрессирующей воспалительной резорбцией корня, также при повторном эндодонтическом лечении зубов, традиционные методики в которых оказались не эффективными.

Ну так стоит вопрос: «Лечить или не лечить?»

Дерзайте, рискуйте, экспериментируйте, господа стоматологи!

*Гонтарев С.Н., Хлебникова И.Г., Моисеева М.А., Моисеев И.О.,*

*Котенёва Ю.Н., Гонтарева И.С., Ефимова А.С.*

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДИКИ ИЗБИРАТЕЛЬНОГО ПРИШЛИФОВЫВАНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРАДОНТА КАК ОДИН ИЗ ОСНОВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ**

*Белгородский государственный национальный исследовательский университет  
ОГАУЗ "Стоматологическая поликлиника г. Старый Оскол"*

Устранение травматического фактора в полости рта играет важную роль для больных с заболеваниями пародонта и проводится по индивидуальным показаниям.

В нашей практике, в некоторых случаях, при лечении заболеваний пародонта избирательное шлифование осуществляется и перед хирургическим вмешательством. Для проведения окклюзионного шлифования зубов определяется ряд показаний, среди которых отмечают у пациента наличие повышенного тонуса жевательной мускулатуры (бруксизм), дисфункцию височно-нижнечелюстного сустава, выдвижения резцов верхней и нижней челюстей, выраженной подвижности отдельных зубов, обнажения шеек и корней отдельных зубов, являющееся результатом неравномерной резорбции костной ткани лунок. После профессиональной гигиены полости рта и антибактериальной терапии перед кюретажем проводится функциональное шлифование. Нами проведено исследование в количестве 100 человек, со средней и тяжелой степенью тяжести заболевания пародонта, из них в избирательном

пришлифовывании нуждалось 40% пациентов. Используемая в нашей практике техника функционального окклюзионного шлифования является наиболее щадящей для тканей зуба. Вмешательства проводятся на ограниченных участках поверхностных структур эмали, при этом полностью сохраняется высота бугров, что способствует стабилизации высоты прикуса. Также представляют интерес и следующие процессы, сопровождающие лечение с применением техники функционального окклюзионного шлифования: реставрация анатомической формы зубов при выраженной стираемости и уплощении контура зуба в области экватора, устранение преждевременных контактов в центральной окклюзии (привычной) и в дистальной окклюзии при максимальной ретрузии нижней челюсти. Это способствует установлению окклюзионных соотношений в наиболее физиологической для опорных тканей и удобной для пациента форме. Функциональная избирательная шлифовка проводится нами в 5 этапов. Обычно в целях адаптации к новому функциональному положению перерыв между каждым этапом составляет 5-7 дней. Сочетание 5 этапов в одном посещении возможно (если врач располагает достаточным количеством времени), дополнительная коррекция проводилась при этом через 2-4 дня, когда сам пациент уже мог показывать участки неудобства.

Наблюдение пациентов осуществляется в течение 5-6 месяцев, что обусловлено длительностью периода завершения адаптационных процессов в височно-нижнечелюстном суставе. Контроль и коррекция окклюзионных контактов проводится после хирургического и ортопедического лечения.

Окклюзионные взаимоотношения с течением времени меняются, что связано со стираемостью зубов, пломб, изнашиванием зубных протезов, поэтому контроль появления преждевременных контактов, особенно у пациентов с тяжелой степенью тяжести пародонтита, проводятся не реже 1 раза в 3 года.

Исходя из нашей практики, техника избирательного функционального шлифования зубов, применяемая для лечения больных с пародонтитом, позволяет установить наиболее физиологически щадящее окклюзионное взаимодействие и предотвратить перегрузки на отдельных участках пародонта. Использование избирательного шлифования при заболеваниях пародонта как одного из основных методов лечения позволяет подготовить больного к хирургическому и ортопедическому лечению и улучшить качество жизни пациента.