

7. Барер Г.М. Пародонтит у больных сахарным диабетом первого типа // Пародонтология. 2006. № 2 (39). С. 6–10.
8. Nomura A. Retationship of serumadvanced glycationend products with deterioration of periodontitis in type 2 diabetes patients // Periodont. 2006. Vol. 77, № 1. P. 15–20.
9. Боровский Е.В., Леонтьев В.К. Биология полости рта. М.: Мед. книга; Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2001. 301 с.
10. Воложин А.И. Патогенетические механизмы поражения пародонта при сахарном диабете // Стоматология нового тысячелетия. М.: МГМСУ, 2002. С. 130–131.
11. Кузьмина Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний. М.: МГМСУ, 1997. 136 с.
12. Барер Г.М. Вариабельность кристаллических агрегатов ротовой жидкости в норме // Российский стоматологический журнал. 2003. № 1. С. 33–35.
13. Балаболкин М.И. Новая классификация, критерии диагностики и компенсации сахарного диабета // Consilium medicum. 2000. № 5. С. 204–210.
14. Забросаева Л.И. Биохимия слюны. Смоленск: Смоленск. гос. мед. ун-т., 1992. 43 с.
15. Burket L.W., Marquess J.G. The elderly and diabetes: an age trend and an epidemic converging // Consult Pharm. 2008. Vol. 23, Suppl. B. P. 5–11.
16. Greenstein G. Changing periodontal concepts: treatment considerations // Compend. Contin. Educ. Dent. 2005. Vol. 26, № 2. P. 84–88.
17. Lacobino A.M. Periodontitis and diabetes interrelationship: role of in inflammation // Periodontol. 2000. № 6. P. 125–137.
18. Бокарев И.Н. Сахарный диабет: рук-во для врачей. М.: МИА, 2006. 395 с.
19. Гараган С. Ф. Значение неинвазивных методов исследования в ранней диагностике диабетических ангиопатий // Проблемы эндокринологии. 2005. Т. 51, № 1. С. 28–30.
20. Salvi G.E., Kandyaki M., Troendle A., Lang N.P. Experimental gingivitis in typ 1 diabetics: a controlled clinical and microbiological stady // Clin. Periodontol. 2005. № 32 (3). P. 6–310.
21. Завьялова А.В., Смирнова В.М. Нормальная физиология. М.: Медицина, 2009. С. 136.
22. Беляков Ю.А. Зубочелюстная система при эндокринных заболеваниях. М.: Медицина, 1983. С. 5–144.
23. Терехова Т.Н., Мельникова Е.И., Михайловская В.П. Кальцификаты пульпы зуба // Современная стоматология. 2008. № 3. С. 2–10.
24. Gratkowska H., Gilbert-Dreyfus A., Rees T.D. Periodontal management of the patient with diabetes mellitus // Periodontol. 2000. Vol. 23. P. 63–72.
25. Удовичкая Е.В. Эндокринологические аспекты стоматологии. М.: Медицина, 1975. С. 17–25.
26. Оганесян А.В., Боташева В.С., Караков К.Г. Морфологические изменения слизистой оболочки полости рта при гипотиреозе // Врач. 2007. № 2. С. 67.
3. Bruk Ch.G. D., Braun R.S. Rukovodstvo po detskoj jendokrinologii. GEOTAR-Media, 2009. S. 218.
4. Moiseenko O.O. Изменение состава нестимулированной слюны у детей с инсулинзависимым сахарным диабетом // Dostizheniya i perspektivy stomatologii: sb. tez. M., 1999. S. 218–220.
5. Bol'shova E.V. Rannaja diagnostika jendokrinnoj patologii u detej i podrostkov // Zdorov'ja Ukrainy. 2007. S. 38–39.
6. Kameron A., Uidmer R. Spravochnik po detskoj stomatologii. M.: MEDpress-inform, 2010. S. 392.
7. Barer G.M. Parodontit u bol'nyh saharnym diabetom perovogo tipa // Parodontologija. 2006. № 2 (39). S. 6–10.
8. Nomura A. Retationship of serumadvanced glycationend products with deterioration of periodontitis in type 2 diabetes patients // Periodont. 2006. Vol. 77, № 1. P. 15–20.
9. Borovskij E.V., Leont'ev V.K. Biologija polosti rta. M.: Med. kniga; N. Novgorod: Izd-vo NGMA, 2001. 301 s.
10. Volozhin A.I. Patogeneticheskie mehanizmy porazhenija parodonta pri saharnom diabete // Stomatologija novogo tysjacheletija. M.: MGMSU, 2002. S. 130–131.
11. Kuz'mina Je.M. Profilaktika stomatologicheskix zabojevanij. M.: MGMSU, 1997. 136 s.
12. Barer G.M. Variabel'nost' kristallicheskih agregatov rotovoj zhidkosti v norme // Rossijskij stomatologicheskij zhurnal. 2003. № 1. S. 33–35.
13. Balabolkin M.I. Novaja klassifikacija, kriterii diagnostiki i kompensacii saharnogo diabeta // Consilium medicum. 2000. № 5. S. 204–210.
14. Zabrosaeva L.I. Biohimija sljuny. Smolensk: Smolensk. gos. med. un-t., 1992. 43 s.
15. Burket L.W., Marquess J.G. The elderly and diabetes: an age trend and an epidemic converging // Consult Pharm. 2008. Vol. 23, Suppl. V. P. 5–11.
16. Greenstein G. Changing periodontal concepts: treatment considerations // Compend. Contin. Educ. Dent. 2005. Vol. 26, № 2. P. 84–88.
17. Lacobino A.M. Periodontitis and diabetes interrelationship: role of in inflammation // Periodontol. 2000. № 6. P. 125–137.
18. Bokarev I.N. Saharnyj diabet: ruk-vo dlja vrachej. M.: MIA, 2006. 395 s.
19. Garagan S. F. Znachenie neinvazivnyh metodov issledovanija v rannej diagnostike diabeticheskix angiopatii // Problemy jendokrinologii. 2005. T. 51, № 1. S. 28–30.
20. Salvi G.E., Kandyaki M., Troendle A., Lang N.P. Experimental gingivitis in typ 1 diabetics: a controlled clinical and microbiological stady // Slin. Periodontol. 2005. № 32 (3). R. 6–310.
21. Zav'jalova A. V., Smirnova V.M. Normal'naja fiziologija. M.: Medicina, 2009. S. 136.
22. Beljakov Ju.A. Zubochelestnaja sistema pri jendokrinnyh zabojevanijah. M.: Medicina, 1983. S. 5–144.
23. Terehova T.N., Mel'nikova E. I., Mihajlovskaja V.P. Kal'cifikaty pul'py zuba // Sovremennaja stomatologija. 2008. № 3. S. 2–10.
24. Gratkowska N., Gilbert-Dreyfus A., Rees T.D. Periodontal management of the patient with diabetes mellitus // Periodontol. 2000. Vol. 23. P. 63–72.
25. Udovickaja E.V. Jendokrinologicheskie aspekty stomatologii. M.: Medicina, 1975. S. 17–25.
26. Oganjesjan A.V., Botasheva V.S., Karakov K.G. Morfolozicheskie izmenenija slizistoj obolochki polosti rta pri gipotir-eoze // Vrach. 2007. № 2. S. 67.

Translit

1. Dedov I.I., Peterkova V.I. Spravochnik detskogo jendokrinologa. M.: LitTerra, 2011. 125 s.
2. Sil'vermen S., Jever soul LR., Trulav Je.L. Zabojevanija polosti rta. M.: MEDpress-inform, 2010. S. 109.

УДК. 616.314–089.23–02 [[616:572.77]:611.716.1] (045)

Оригинальная статья

ОПТИМИЗАЦИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ДЕФЕКТАХ ПЕРЕДНЕГО ОТДЕЛА ЗУБНОГО РЯДА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

А. А. Бузяев — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, ассистент кафедры стоматологии ортопедической, кандидат медицинских наук; **В. В. Коннов** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, заведующий кафедрой стоматологии ортопедической, доцент, доктор медицинских наук; **А. Н. Пospelov** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, доцент кафедры стоматологии ортопедической, кандидат медицинских наук; **М. В. Афанасов** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, аспирант кафедры стоматологии ортопедической, **М. О. Илюхина** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, студентка 3 курса.

OPTIMIZATION OF ORTHOPEDIC TREATMENT OF PATIENTS WITH DEFECTS OF FRONTAL DENTITION OF MAXILLA

A. A. Bizyaev — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Orthopedic Stomatology, Assistant, Candidate of Medical Science; **V. V. Konnov** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Head of Department of Orthopedic Stomatology, Assistant Professor, Doctor of Medical Science; **A. N. Pospelov** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Orthopedic Stomatology, Assistant Professor, Candidate of Medical Science; **M. V. Afanasov** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Orthopedic Stomatology, Post-graduate; **M. O. Ilyukhina** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Student.

Дата поступления — 17.04.2013 г.

Дата принятия в печать — 01.07.2013 г.

Бизяев А. А., Коннов В. В., Поспелов А. Н., Афанасов М. В., Илюхина М. О. Оптимизация ортопедического лечения пациентов при дефектах переднего отдела зубного ряда верхней челюсти // Саратовский научно-медицинский журнал. 2013. Т. 9, № 3. С. 369–372.

Цель: оптимизировать процесс планирования конструкции несъемного мостовидного протеза в переднем отделе верхнего зубного ряда. **Материал и методы.** Использовали прибор для определения угла наклона передней части небного свода и углов наклона небных поверхностей передних зубов. Для улучшения функциональных качеств мостовидных протезов моделирование промежуточной части тела мостовидного протеза проводилось по технике Ovate Pontic. Изучены характер прилегания, положение и форма промежуточной части мостовидных протезов переднего участка верхней челюсти. **Результаты.** Установлено, что угол наклона небных фасеток передних зубов изменялся в пределах от 34° до 55°. Получены данные одонтометрии центрального, бокового резца и клыка верхней челюсти. **Заключение.** Угол наклона небных фасеток передних зубов равен углу наклона средней трети переднего отдела небного свода, тело протеза должно плавно переходить в линию переднего отдела небного свода, проходящую в области каждого восстановленного зуба.

Ключевые слова: промежуточная часть мостовидного протеза, одонтометрия.

Bizyaev A. A., Konnov V. V., Pospelov A. N., Afanasov M. V., Ilyukhina M. O. Optimization of orthopedic treatment of patients with defects of frontal dentition of maxilla // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2013. Vol. 9, № 3. P. 369–372.

Objective/ To optimize the planning of design of non-removable bridge in the anterior upper teeth. **Material/** Instrument for measuring the angle of inclination of the front palatal vault and angles of palatal surfaces of the front teeth. To improve the functional properties of bridges modeling of the intermediate part of the body was carried out by bridge engineering Ovate Pontic. The nature of the fit, the position and shape of the intermediate bridge of frontal portion of the upper jaw were also studied. **Results:** It has been found that the slope of the palatine anterior facets varied from 34° to 55°. Data were obtained by odontometry of central, lateral incisors and canines of the upper jaw. **Conclusion/** The angle of the front facet of the palatine teeth equals the angle of inclination of the middle third of the anterior palatal vault, the body of the prosthesis should move smoothly into the line of the anterior palatal vault, passing in each restored tooth.

Key words: intermediate part of the bridge, odontometry.

Введение. В последние годы все больше значения со стороны пациентов и врачей-стоматологов придается совершенствованию эстетического вида зубных протезов. Потеря передних зубов верхней челюсти связана с действием множества различных факторов, однако результат один — образование дефекта зубного ряда. В итоге в зубочелюстной системе происходят изменения функционального и морфологического характера [1, 2].

При наличии малых и средних по протяженности включенных дефектов верхнего зубного ряда в переднем отделе возникают определенные сложности с моделировкой искусственных зубов, а именно: каким должен быть наклон небных фасеток передних зубов верхней челюсти, чтобы восстановить эстетику, функцию речи и максимально облегчить процесс адаптации пациента к протезу [3, 4].

Ортопедическое восстановление целостности зубного ряда в переднем отделе — трудоемкая и ответственная работа, так как она требует фотографий, диагностических моделей, анкет, шкалы расцветок, тщательно заполненной лабораторной формы, wax-up, mock-up, силиконового ключа, изготовления временного протеза, регистрации прикуса и т.д. [5, 6]. Традиционным ортопедическим лечением в таких случаях является изготовление мостовидного протеза.

Цель: оптимизировать процесс планирования конструкции несъемного мостовидного протеза в переднем отделе верхнего зубного ряда посредством

учета анатомической формы, размера, цвета и наклона передней группы зубов, а также прилегания промежуточной части мостовидного протеза к слизистой оболочке альвеолярного отростка.

Материал и методы. В целях получения объективных данных и выявления взаимосвязи между конфигурацией небного свода и углом наклона небных фасеток передних зубов нами использован прибор для определения угла наклона передней части небного свода и углов наклона небных поверхностей передних зубов на гипсовых моделях челюстей [7, 8].

Вначале получаем оттиски с челюстей пациента и изготавливаем диагностические гипсовые модели, которые устанавливаем в артикулятор. Гипсовую модель верхней челюсти из артикулятора переносим на плоский горизонтальный столик измерительного прибора. Иголку ножки циркуля, ориентированную вертикально, располагаем в точке на небной фасетке передних зубов на границе десневого края. Другую иголку помещаем на середине режущего края. Снимаем со столика гипсовую модель верхней челюсти и размещаем на нем миллиметровую бумагу, а циркуль переводим в горизонтальное положение и опускаем до уровня миллиметровой бумаги, где отмечаем точки расположения иголок циркуля. Соединяем точки прямой линией и измеряем образовавшийся угол с горизонтальной плоскостью.

Аналогичным способом определяем угол наклона переднего отдела небного свода. На модели определяем и отмечаем точку наибольшей глубины небного свода, по перпендикуляру от точки, образованной пересечением срединного небного шва с линией, проведенной на уровне вершин альвеолярных отростков

Ответственный автор — Бизяев Алексей Алексеевич
Адрес: 410012, г. Саратов, ул. Б. Казачья, 112
Тел: (8-927) 118-74-89.
E-mail: kum1@inbox.ru.

между вторыми премолярами и первыми молярами. От этой точки и до вершины резцового сосочка укладываем полосу фольги, по которой определяем длину переднего отрезка небного свода. Эту длину делим на три равные части: альвеолярную, среднюю и небную. Иголку ножки циркуля, ориентированную вертикально, располагаем в точке наибольшей глубины небного свода. Другую иголку помещаем в точку на границе небной и средней трети длины небного свода. Снимаем со столика гипсовую модель верхней челюсти и размещаем на нем миллиметровую бумагу, а циркуль переводим в горизонтальное положение, и опускаем до уровня миллиметровой бумаги, где карандашом отмечаем точки расположения иголок циркуля. Соединяем точки прямой линией и измеряем образовавшийся угол с горизонтальной плоскостью. Аналогичным способом определяем углы наклона среднего и альвеолярного отрезков небного свода [9, 10].

Для улучшения функциональных качеств мостовидных протезов в своей практике мы применяли мостовидные протезы с овоидной десневой поверхностью промежуточной части тела мостовидного протеза [3].

Данные, полученные в результате исследований, обрабатывали вариационно-статистическим методом на IBM PC/AT Pentium IV в среде Windows 2000 с использованием пакета прикладных программ Statistica 6 (Statsoft-Russia, 1999) и Microsoft Excel Windows 2000.

Результаты. Обследовано 50 человек в возрасте 19–25 лет с интактными зубными рядами и ортогнатическим прикусом. Используя полученные данные, сопоставляли величины углов наклона передних зубов с углами наклона альвеолярной, средней и небной трети переднего отдела небного свода. Установлено, что угол наклона небных фасеток передних зубов изменялся в пределах от 34° до 55°, причем угол наклона средней трети переднего отдела небного свода был равен углу наклона небных фасеток передних зубов в среднем с точностью 84% и составил от 32° до 57±2°.

Измерения ширины, высоты, определение формы и цвета зубов у пациентов с ортогнатическим прикусом позволили выявить частоту встречаемости определенных размеров зубов, их формы и цвета. Встречались формы вестибулярных поверхностей передних резцов: прямоугольная (57%), треугольно-овальная (30%), квадратно-овальная (13%).

Получены данные одонтометрии центрального, бокового резца и клыка верхней челюсти. Центральный резец: высота коронки 10,7±0,1 мм, В-Н размер коронки 7,1±0,1 мм, М-Д размер коронки 8,6±0,1 мм; боковой резец: высота коронки 9,2±0,1 мм, В-Н размер коронки 6,1±0,1 мм, М-Д размер коронки 6,6±0,1 мм; клык: высота коронки 10,5±0,1 мм, В-Н размер коронки 8,1±0,1 мм, М-Д размер коронки 7,6±0,1 мм.

Несмотря на индивидуальные различия в форме и антропометрических показателях челюстей и зубов, нами была предпринята попытка найти общие закономерности основных особенностей конструирования протеза, с тем чтобы стандартизировать процесс моделирования и оптимизировать работу врача и зубного техника.

Исследование проводилось на диагностических гипсовых моделях челюстей, пациентов, имеющих включенный дефект верхней челюсти в переднем отделе. Всего было изучено 74 модели верхней челюсти. Для определения оптимальной формы моделирования контактирующей со слизистой оболочкой

промежуточной части мостовидного протеза, отражающей индивидуальные особенности переднего отдела верхней челюсти, производилось исследование формы альвеолярного отростка.

С помощью анализа полученных анатомических форм альвеолярных гребней выделены следующие формы: округлая, конусообразная, прямоугольная. К основным отличительным особенностям выделенных форм альвеолярных отростков следует отнести также их различную ширину в области вершины. Предположительно эти различия обусловлены как удалением зубов и сроком давности, так и зависят от того, проводилось или нет ортопедическое лечение.

Нами изучены характер прилегания, положение и форма промежуточной части мостовидных протезов переднего участка верхней челюсти у 30 пациентов с ортогнатическим прикусом, обратившихся с жалобами на неудовлетворительную эстетику, нарушение функции речи и жевания, появившимися после проведенного ортопедического лечения несъемными мостовидными протезами.

В группу исследования формы альвеолярного отростка и контактирующей со слизистой промежуточной части мостовидного протеза были включены модели верхней челюсти пациентов с отсутствием от двух до четырех зубов в переднем отделе. Степень прилегания тела мостовидного протеза к слизистой оболочке исследовали визуально и с помощью шупа, металлической пластины толщиной 0,2; 0,3; 0,4 и 0,5 мм. Топографические особенности альвеолярного отростка верхней челюсти в переднем отделе исследовали по диагностическим моделям, полученным после снятия мостовидных протезов.

Одновременно изучалась реакция слизистой оболочки альвеолярного отростка в зависимости от формы контактирующей поверхности промежуточной части мостовидного протеза и степени ее прилегания. Состояние слизистой оболочки фиксировалось как до, так и после непосредственного снятия протезов, изготовленных в поликлинических условиях. По результатам анализа выявились следующие изменения: при расстоянии между основанием тела мостовидного протеза и слизистой оболочкой альвеолярного отростка: 0,2 мм — пролежни и воспаление слизистой оболочки; 0,3 мм — слизистая оболочка бледно-розовая, признаки воспаления отсутствуют; 0,4 мм — слизистая оболочка бледно-розовая, признаки воспаления отсутствуют, искаженное произношение свистящих звуков (с, з); 0,5 мм — слизистая оболочка гиперемирована, искаженное произношение свистящих звуков (с, з), застревание пищи между телом протеза и альвеолярным гребнем, зубной налет.

При обследовании также отмечено, что наличие раковин, царапин, некачественно отполированное основание промежуточной части мостовидного протеза создавало условия для скапливания пищевых остатков и зубного налета, тем самым провоцируя воспаление слизистой оболочки. Следовательно, воссоздав угол наклона промежуточной части протеза к горизонтальной плоскости, равный углу наклона средней трети переднего отдела небного свода, при этом обеспечивая адекватное прилегание овоидной части тела мостовидного протеза, моделируя оптимальную форму и размер искусственных зубов, мы восстанавливаем практически все условия для правильной речевой функции и эстетического оптимума, что способствует скорейшей адаптации пациента к протезу.

Обсуждение. Анализ полученных данных позволяет сделать вывод, что форма альвеолярного

отростка верхней челюсти в области отсутствующих зубов достаточно индивидуальна и ее особенности необходимо учитывать при формировании контактирующей поверхности промежуточной части мостовидного протеза со слизистой оболочкой. Наши исследования показали, что при изготовлении конструкции зубных протезов верхнего зубного ряда в переднем отделе необходимо учитывать ряд морфометрических параметров: высоту и ширину коронок передних зубов, угол наклона небных фасеток передних зубов и угол наклона средней трети небного свода по отношению к горизонтальной плоскости, что позволяет восстановить оптимальную форму дуги промежуточной части протеза при протезировании пациентов с включенным дефектом верхнего зубного ряда в переднем отделе.

Полученные данные справедливы для ортогнатического прикуса без трансверзальных и сагиттальных аномалий. Ширина основания промежуточной части мостовидного протеза должна определяться естественной вестибуло-оральной шириной альвеолярного отростка. Тело протеза должно плавно переходить в линию переднего отдела небного свода, проходящую в области каждого восстановленного зуба.

Заключение. Таким образом, можно сделать вывод, что угол наклона небных фасеток передних зубов равен углу наклона средней трети переднего отдела небного свода. Полученные данные о наклоне средней трети переднего отдела небного свода на гипсовых моделях каждого пациента являются определяющим моментом при моделировании промежуточной части протеза, а предложенный нами прибор позволяет получить оптимальные и достоверные параметры для восстановления передних зубов верхней челюсти при их частичном или полном отсутствии с помощью зубных протезов.

Конфликт интересов. Исследование выполняется в рамках научного направления кафедры стоматологии ортопедической ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России по разработке методов диагностики и ортопедического лечения основных стоматологических заболеваний. Коммерческой заинтересованности отдельных физических или юридических лиц в результатах работы нет. Описания объектов патентного или любого другого вида прав (кроме авторского) нет.

Библиографический список

1. Агапов В.В. Самооценка качества речи больными с приобретенными дефектами верхней челюсти // Ортопедическая стоматология в XXI веке: сб. науч. тр. М., 2002. С. 122–123.
2. Адилханян В.А. Техника изготовления прямых временных реставраций // Новое в стоматологии. 2008. № 4. С. 25–28.

3. Бизяев А.А., Гоог Л.А., Коннов В.В. Прибор для определения углов наклона небных фасеток передних зубов верхней челюсти при изготовлении конструкций зубных протезов // Новые технологии в стоматологии и имплантологии: сб. Саратов, 2006. С. 231–233.

4. Бизяев А.А., Гоог Л.А., Коннов В.В. Протезирование пациентов с отсутствием передних зубов верхней челюсти с учетом угла наклона небного свода // Российский стоматологический журнал. 2008. № 1. С. 24–25.

5. Бизяев А.А., Гоог Л.А., Коннов В.В. Причины нарушения речевой функции в зависимости от конструкции мостовидных протезов переднего отдела верхнего зубного ряда // Саратовский научно-медицинский журнал. 2010. Т. 6, № 1. С. 134–136.

6. Бизяев А.А. Влияние мостовидных протезов переднего отдела зубного ряда верхней челюсти на фонетическую адаптацию пациентов: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Волгоград, 2009. 22 с.

7. Ларионов В.М. Фонетические аспекты протезирования мостовидными протезами переднего отдела верхней челюсти: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2003. 23 с.

8. Лудилина З.В. Влияние ортопедического лечения на звукообразование: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1973. 24 с.

9. Massironi D. Точность и эстетика. Milan; М.: Quintessenza Editioni Srl, 2008. 84 с.

10. Storck H., Wenzel R. Konzept zur individuellen Wiederherstellung von Kauebene und Zahnbogenverlauf. 2004. P. 75–87.

Translit

1. Agapov V.V. Samoocenka kachestva rechi bol'nymi s priobretennymi defektami verhnjej cheljusti // Ortopedicheskaja stomatologija v XXI veke: sb. nauch. tr. M., 2002. S. 122–123.

2. Adilhanjan V.A. Tehnika izgotovlenija prjamyh vremennyh restavracij // Novoe v stomatologii. 2008. № 4. S. 25–28.

3. Bizjaev A.A., Googe L.A., Konnov V.V. Pribor dlja opredelenija uglov naklona nebných fasetok perednih zubov verhnjej cheljusti pri izgotovlenii konstrukcij zubnyh protezov // Novye tehnologii v stomatologii i implantologii: sb. Saratov, 2006. S. 231–233.

4. Bizjaev A.A., Googe L.A., Konnov V.V. Protezirovanie pacientov s otsutstviem perednih zubov verhnjej cheljusti s uchetom ugla naklona nebnogo svoda // Rossijskij stomatologicheskij zhurnal. 2008. № 1. S. 24–25.

5. Bizjaev A.A., Googe L.A., Konnov V.V. Prichiny narusheniya rechevoj funkcii v zavisimosti ot konstrukcii mostovidnyh protezov perednego otdela verhnego zubnogo rjada // Saratovskij nauchno-meditsinskij zhurnal. 2010. T. 6, № 1. S. 134–136.

6. Bizjaev A.A. Vlijanie mostovidnyh protezov perednego otdela zubnogo rjada verhnjej cheljusti na foneticheskiju adaptaciju pacientov: avtoref. dis. ... kand. med. nauk. Volgograd, 2009. 22 s.

7. Larionov V.M. Foneticheskie aspekty protezirovaniya mostovidnymi protezami perednego otdela verhnjej cheljusti: avtoref. dis. ... kand. med. nauk. M., 2003. 23 s.

8. Ludilina Z.V. Vlijanie ortopedicheskogo lechenija na zvukoobrazovanie: avtoref. dis. ... kand. med. nauk. M., 1973. 24 s.

9. Massironi D. Tochnost' i jestetika. Milan; М.: Quintessenza Editioni Srl, 2008. 84 s.

10. Storck H., Wenzel R. Konzept zur individuellen Wiederherstellung von Kauebene und Zahnbogenverlauf. 2004. P. 75–87.

УДК: 616.314.17-002-07-085.276–085.37–085.862 (045)

Оригинальная статья

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АСКОРБАТА ХИТОЗАНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Н.В. Булкина — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, заведующая кафедрой стоматологии терапевтической, профессор, доктор медицинских наук; **А.П. Ведяева** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, ассистент кафедры стоматологии терапевтической, кандидат медицинских наук; **Е.В. Токмакова** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, клинический ординатор ка-