

DOI: 10.18481/2077-7566-2025-21-4-130-137

УДК 616.31

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЗУБОСБЕРЕГАЮЩИХ МЕТОДИК И ИМПЛАНТАЦИИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Шторина А. А., Севастьянов А. В., Березкина Т. Н., Фищев С. Б., Рожкова М. Г.,
Павлова С. Г., Климов А. Г., Пуздырева М. Н., Орлова И. В., Тунекова Л. А.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, г. Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

В настоящее время в лечении генерализованного пародонтита широко применяются зубосберегающие методы, направленные на сохранение зубных рядов. Для успешного ведения таких больных необходимо обеспечение комплексного подхода, включающего в себя консервативное (немедикаментозное и медикаментозное) лечение, хирургическое, ортодонтическое и ортопедическое лечение. Таким образом, усилия врачей-стоматологов разных профилей должны быть направлены на ликвидацию воспаления в тканях пародонта, устранение очагов хронической инфекции, стимуляцию репаративного остеогенеза, восстановление функции зубочелюстной системы. Для восстановления утраченных зубов должно проводиться грамотное планирование ортопедического лечения, включающего временное и постоянное протезирование. Выбор ортопедической конструкции зависит от типа дефектов зубного ряда. В арсенале врачей-ортопедов среди средств для замещения дефектов зубных рядов существуют съемные и несъемные протезы. Оптимизация окклюзии с применением имплантационного лечения позволяет максимально эффективно осуществлять восстановление функции жевания, является наиболее современным методом лечения и способствует повышению качества жизни пациентов.

Представленный клинический случай иллюстрирует пример успешного взаимодействия специалистов разных стоматологических профилей: врача-пародонтолога, терапевта и хирурга-имплантолога.

В данном случае были использованы зубосберегающие методики шинирования зубов стекловолоконным материалом на основе неорганической матрицы. Показанием к включению зубов в шину явилась их патологическая подвижность. Данный метод обеспечивает ограничение подвижности зубов за счет соединения их в единый блок, что способствует перераспределению функциональной нагрузки на зубы, восстанавливает кровообращение и трофику в окружающих их тканях.

Нормализация окклюзии проводилась путем избирательного пришлифовывания зубов. Восстановление дефектов зубного ряда осуществлено с использованием имплантатов. Для предупреждения развития патологии височно-нижнечелюстного сустава на период приживления имплантатов устанавливался имедиат-протез. Постоянное протезирование проводилось после установки имплантатов с использованием мостовидного протеза и коронок на винтовой фиксации.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, имплантация, шинирование зубов, имплантаты, нарушение окклюзии, зубосберегающие методики

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов

Анастасия Александровна ШТОРИНА ORCID ID 0009-0006-8902-5854

к.м.н., доцент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, г. Санкт-Петербург, Россия
spb@gpma.ru

Аркадий Владимирович СЕВАСТЬЯНОВ ORCID ID 0000-0002-4980-2704

д.м.н., доцент, профессор кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, Россия
spb@gpma.ru

Татьяна Николаевна БЕРЕЗКИНА ORCID ID 0009-0001-3766-1203

ассистент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, г. Санкт-Петербург, Россия
spb@gpma.ru

Сергей Борисович ФИЩЕВ ORCID ID 0000-0001-8157-6527

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой стоматологии детского возраста и ортодонтии, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, г. Санкт-Петербург, Россия
super.kant@yandex.ru

Мария Геннадьевна РОЖКОВА ORCID ID 0000-0001-9291-7702

к.м.н., доцент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, г. Санкт-Петербург, Россия
spb@gpma.ru

Светлана Георгиевна ПАВЛОВА ORCID ID 0009-0002-6976-1636

к.м.н., доцент, доцент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, г. Санкт-Петербург, Россия
spb@gpma.ru

Андрей Геннадьевич КЛИМОВ ORCID ID 0009-0008-9092-5694

д.м.н., доцент, заведующий кафедрой стоматологии, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, г. Санкт-Петербург, Россия
spb@gpma.ru

Мargarита Николаевна ПУЗДЫРЕВА ORCID ID 0000-0002-8822-7626

к.м.н., доцент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, г. Санкт-Петербург, Россия
spb@gpma.ru

Ирина Викторовна ОРЛОВА ORCID ID 0000-0003-4233-7990

к.м.н., доцент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, г. Санкт-Петербург, Россия
spb@gpma.ru

Лариса Антоновна ТУНЕКОВА ORCID ID 0009-0002-3687-5485

ассистент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, г. Санкт-Петербург, Россия
spb@gpma.ru

Адрес для переписки: Сергей Борисович ФИЩЕВ

194100, г. Санкт-Петербург, Литовская ул., д. 2

+7 (812) 295-06-46

super.kant@yandex.ru

Образец цитирования:

Шторина А. А., Севастьянов А. В., Березкина Т. Н., Фищев С. Б., Рожкова М. Г., Павлова С. Г., Климов А. Г., Пуздырева М. Н., Орлова И. В., Тунекова Л. А. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЗУБОСБЕРЕГАЮЩИХ МЕТОДИК И ИМПЛАНТАЦИИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ. Проблемы стоматологии. 2025; 4: 130-137.

© Шторина А. А. и др., 2025

DOI: 10.18481/2077-7566-2025-21-4-130-137

Поступила 15.10.2025. Принята к печати 07.11.2025

DOI: 10.18481/2077-7566-2025-21-4-130-137

TREATMENT OF PATIENTS WITH GENERALIZED PERIODONTITIS USING TOOTH-SAVING TECHNIQUES AND IMPLANTATION

Shtorina A.A., Sevastyanov A.V., Berezkina T.N., Fishchev S.B., Rozhkova M.G., Pavlova S.G., Klimov A.G., Puzdyreva M.N., Orlova I.V., Tunekova L.A.

St. Petersburg State Pediatric Medical University, St. Petersburg, Russia

Abstract

Currently, tooth-preserving techniques aimed at preserving teeth are used in patients with generalized periodontitis. These include antimicrobial therapy, professional hygiene, curettage, flap surgeries, and splinting with fiberglass materials. Along with these methods, implantation is the most reliable and predictable treatment option for severe periodontal pathology. It is important to note that long-term inflammatory processes in the periodontium lead to bone resorption, which is unfavorable for implant placement. Therefore, the management of patients with generalized periodontitis requires the coordinated work of a periodontist, a general practitioner, and an implant surgeon. Therefore, timely and effective treatment planning is essential for successful rehabilitation. The presented clinical case illustrates an example of collaboration between dentists of different specialties, which included both conservative and surgical treatment using implants. Given the patient's relatively young age and the absence of any underlying medical conditions, a decision was made, in consultation with the patient, to optimize occlusion using implant therapy and tooth-preserving techniques (in this case, dental splinting using a fiberglass material based on an inorganic matrix). Dental splinting is considered a tooth-preserving procedure and is used in periodontology, orthodontics, and microprosthetics. In all cases, it is a modern, sought-after treatment method in dentistry. The indication for dental splinting is pathological tooth mobility due to periodontitis or acute dental trauma. It limits tooth mobility by fusing them into a single unit, thereby redistributing the functional load on the teeth and restoring blood circulation and nutrition in the tissues surrounding the teeth.

Keywords: *generalized periodontitis, implantation, dental splinting, implants, occlusion disorders, tooth-saving techniques*

The authors declare no conflict of interest

Anastasia A. SHTORINA ORCID ID 0009-0006-8902-5854

PhD in Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Pediatric Dentistry and Orthodontics,
St. Petersburg State Pediatric Medical University, St. Petersburg, Russia
spb@gpma.ru

Arkady V. SEVASTYANOV ORCID ID 0000-0002-4980-2704

Grand PhD in Medical Sciences, Associate Professor, Professor of the Department of Pediatric Dentistry and
Orthodontics, Saint Petersburg State Pediatric Medical University, Saint Petersburg, Russia
spb@gpma.ru

Tatyana N. BEREZKINA ORCID ID 0009-0001-3766-1203

Assistant Professor, Department of Pediatric Dentistry and Orthodontics, Saint Petersburg State Pediatric Medical University, Saint Petersburg, Russia
spb@gpma.ru

Sergey B. FISHCHEV ORCID ID 0000-0001-8157-6527

Grand PhD in Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Pediatric Dentistry and Orthodontics,
Saint Petersburg State Pediatric Medical University, Saint Petersburg, Russia
super.kant@yandex.ru

Maria G. ROZHKOVA ORCID ID 0000-0001-9291-7702

Grand PhD in Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Pediatric Dentistry and
Orthodontics, Saint Petersburg State Pediatric Medical University, Saint Petersburg, Russia
spb@gpma.ru

Svetlana G. PAVLOVA ORCID ID 0009-0002-6976-1636

Grand PhD in Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Pediatric Dentistry and
Orthodontics, Saint Petersburg State Pediatric Medical University, St. Petersburg, Russia
spb@gpma.ru

Andrey G. KLIMOV ORCID ID 0009-0008-9092-5694

Grand PhD in Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Dentistry, St.
Petersburg State Pediatric Medical University, St. Petersburg, Russia
spb@gpma.ru

Margarita N. PUZDYREVA ORCID ID 0000-0002-8822-7626

Grand PhD in Medical Sciences, Associate Professor, Department of Pediatric Dentistry and Orthodontics,
St. Petersburg State Pediatric Medical University, St. Petersburg, Russia
spb@gpma.ru

Irina V. ORLOVA ORCID ID 0000-0003-4233-7990

Grand PhD in Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Pediatric Dentistry and
Orthodontics, Saint Petersburg State Pediatric Medical University, Saint Petersburg, Russia
spb@gpma.ru

Larisa A. TUNEKOVA ORCID ID 0009-0002-3687-5485

Assistant Professor of the Department of Pediatric Dentistry and Orthodontics, Saint Petersburg State Pediatric Medical University, Saint Petersburg, Russia
spb@gpma.ru

Correspondence address: Sergey B. FISHCHEV

2 Litovskaya St., Saint Petersburg, 194100, Russia

+7 (812) 295-06-46

super.kant@yandex.ru

For citation:

Shtorina A.A., Sevastyanov A.V., Berezkina T.N., Fishchev S.B., Rozhkova M.G., Pavlova S.G., Klimov A.G., Puzdyreva M.N., Orlova I.V., Tunekova L.A.
TREATMENT OF PATIENTS WITH GENERALIZED PERIODONTITIS USING TOOTH-SAVING TECHNIQUES AND IMPLANTATION. *Actual problems
in dentistry*. 2025; 43: 130-137. (In Russ.)

© Shtorina A.A., et al., 2025

DOI: 10.18481/2077-7566-2025-21-4-130-137

Received 15.10.2025. Accepted 07.11.2025

Введение

Заболевания пародонта представляют собой одну из наиболее распространенных патологий челюстно-лицевой области, оказывающую значительное влияние на качество жизни больных. Клиническая картина пародонтита характеризуется выраженной подвижностью зубов, неприятным запахом изо рта, кровоточивостью десен при гигиенических процедурах, а в тяжелых случаях — смещением зубов и их утратой [1, 2].

Этиология заболеваний пародонта обусловлена множеством факторов, включая бактериальную инфекцию, генетическую предрасположенность, системные заболевания и недостаточную гигиену полости рта. Современная стоматология признает значимость раннего выявления и комплексного лечения заболеваний пародонта. Особенно это важно для молодых пациентов, для которых полноценное жевание и эстетика является важным аспектом в повседневной жизни [3, 4].

Отсутствие своевременного вмешательства может привести к ухудшению прогноза лечения, увеличению рисков развития тяжелых осложнений.

Комплексный подход к лечению заболеваний пародонта требует координации усилий специалистов различных профилей: пародонтологов, хирургов-имплантологов, терапевтов, ортопедов и ортодонтот [7, 8]. Важным аспектом является осуществление поэтапной схемы ведения пациентов, включающей диагностические мероприятия, медикаментозную терапию, профессиональную гигиену полости рта, хирургическое вмешательство при тяжелых степенях пародонтита и реабилитационные мероприятия с обязательным учетом современных клинических рекомендаций. Подчас больные сталкиваются с некомпетентными специалистами, когда не принимаются должные меры в оказании необходимой помощи и как следствие процессы в тканях пародонта оказываются сильно запущенными [5, 6]. В таких случаях пути решения проблемы становятся более сложными и многоэтапными. Система мер, направленная на восстановление утраченной функции должна включать последовательную поэтапную и грамотно спланированную схему ведения таких пациентов.

Одним из первых этапов лечения является профессиональная гигиена полости рта, она является неотъемлемой частью комплексного лечения заболеваний пародонта. Врач-пародонтолог проводит удаление зубного налета и камня, полирует поверхности зубов и обучает пациента правильной технике чистки зубов. Медикаментозная терапия направлена на подавление бактериальной инфекции, уменьшение воспаления и стимуляцию. При тяжелых степенях пародонтита показаны хирургические методы лечения, такие как кюретаж и разные виды лоскутных операций [9, 10].

Длительно существующие дефекты зубных рядов приводят к тяжелым зубочелюстным деформациям, которые поддаются лечению сложнее. Для их устранения приходится прибегать к помощи смежных специалистов, сроки лечения при этом значительно удлиняются. Лечебные меры должны быть направлены на устранение

воспаления в пародонте, выравнивание окклюзионной плоскости, при подвижности зубов необходимо создавать из них блок для равномерного распределения жевательной нагрузки. При тяжелых степенях генерализованного пародонтита рентгенологически выявляется выраженная резорбция костной ткани, происходит утрата отдельных зубов или их групп, что не всегда позволяет использовать имплантацию, иногда требуется подготовка перед имплантологическим лечением с использованием костно-пластических операций [11, 12]. Основной целью данного клинического примера является повышение качества лечения больных путем восстановления функции жевания с использованием таких современных технологий, как имплантация, а также консервативные методы, включающие в себя профессиональную гигиену, медикаментозную терапию, шинирование стекловолоконным материалом на основе неорганической матрицы.

Представленный клинический случай демонстрирует пример успешного междисциплинарного взаимодействия, который включил в себя пародонтологическое лечение с назначением антимикробной терапии и консервативных методик, направленное на устранение очагов хронического воспаления, уменьшение глубины пародонтальных карманов и регенерацию тканей пародонта. Кроме того, было использовано шинирование зубов стекловолоконным материалом на основе неорганической матрицы. Восстановление дефектов зубного ряда проведено методом протезирования на имплантатах. Ортопедическое лечение включало в себя временное протезирование частичным съемным имедиат-протезом и постоянным протезированием мостовидными конструкциями на имплантатах. Составление плана лечения проводилось с учетом клинических рекомендаций (протоколов лечения) при диагнозе K05.3 Хронический пародонтит.

Пациентка Ж., 52 лет, обратилась с жалобами на утрату боковых зубов и повышенную подвижность передних зубов верхней челюсти (рис. 1). Из анамнеза известно, что пациентка пользуется частичным съемным протезом на верхней челюсти в течение одного года и на нижней челюсти — в течение пяти лет.



Рис. 1. Пациентка Ж., 52 лет при первичном осмотре
Fig. 1. Patient Zh., 52 years old, at the initial examination

При осмотре определяется дистальная окклюзия; щель по сагиттали в области зубов 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2; включенный дефект зубов 3.5, 3.6, 3.7; тремы 1.3–1.4, 1.3–1.2, 1.1–2.1, 2.2–2.3, 3.1–3.2, 4.3–4.4. Зубы 1.7, 1.3, 1.1, 2.3, 2.4, 4.1, 3.1 имеют подвижность I степени; 3.8, 3.2, 1.5, 2.1, 2.2 — II степени. Зубодесневые карманы в области 1.7, 1.6, 1.4, 1.3 зубов медиально, 2.1–6 мм; 1.5, 2.2, 2.3–5 мм; 2.6, 2.7–4 мм. Гнойный экссудат в области 2.1, 3.2, 3.8, 1.5 зубов. Одиночная металлокерамическая коронка на 1.5 зубе. Металлокерамический мостовидный протез 4.7–4.6–4.4. Определяется девиация ВНЧС со сдвигом влево. Дизокклюзия.



Рис. 2. Фотография сомкнутых зубов пациентки Ж., 52 лет при первичном обращении

Fig. 2. Photograph of the closed teeth of patient Zh., 52 years old, at her initial visit

По данным ортопантограммы (рис. 3) резорбция костной ткани, имеет неравномерный характер в области 1.7, 1.6, 1.4, 1.1, 2.1, 2.2, 2.5, 2.6, 2.7, 3.4, 3.3, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.7, 4.8 зубов до $\frac{1}{2}$ длины корней; в остальных участках до $\frac{2}{3}$ длины корней. Атрофия костной ткани альвеолярных отростков. На небной поверхности зуба 1.1 определяется очаг деминерализации эмали и дентина в пределах околопульпарного дентина. В зубах 2.1, 2.5 — каналы запломбированы до верхушки, резорбция до $\frac{2}{3}$ длины корней. В зубе 2.1 определяется контрастный материал в коронковой части зуба, корневого канал obturирован до физиологической верхушки, периодонтальная щель расширена до 0,5 мм. По медиальной и дистальной поверхности корня определяется деструкция костной ткани по смешанному типу до $\frac{2}{3}$ длины корня.



Рис. 3. Ортопантомограмма пациентки Ж., 52 лет при первичном обращении

Fig. 3. Orthopantomogram of patient Zh., 52 years old, at her first visit

Диагноз:

K05.31 Генерализованный пародонтит тяжелой степени

K08.1 Потеря зубов 3.4, 3.5, 3.6, 3.7 вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита

Нарушение окклюзии.

На первичном приеме проведена консультация, пациентке были рекомендованы дополнительные методы исследования: сдать анализы крови на витамин Д, паратгормон, гормоны щитовидной железы, остеокальцин, щелочную фосфатазу, ферритин. Назначена противомикробная терапия. Даны рекомендации по гигиене полости рта — полоскания раствором антисептика с хлоргексидином биглюконатом 0,12 % раствор для полоскания, использовать ирригатор и индикаторы зубного налета.

При повторном обращении через две недели после приема препаратов состояние тканей пародонта значительно лучше. 38 зуб был удален по месту жительства. По данным инструментальных исследований выявлено — снижение витамина Д, повышен объем тромбоцитов, снижен показатель эозинофилов.

Пациентке была проведена профессиональная гигиена зубов верхней и нижней челюсти, полировка шеек зубов.

Далее была проведена совместная консультация имплантолога и ортопеда. Рекомендовано удаление 4.8, 4.7, 4.6, 4.4 с консервацией лунок с одномоментной установкой частичного съемного имediata-протеза на нижнюю челюсть для равномерного распределения жевательного давления и предупреждения перегрузки передней группы зубов.



Рис. 4. Пациентка Ж., 52 лет после шинирования зубов

Fig. 4. Patient Zh., 52 years old, after dental splinting

Проведено избирательное шлифование зубов и выравнивание окклюзионной плоскости. Выполнено шинирование зубов 1.4–2.3 и 4.3–3.4 стекловолоконным материалом DentaPreg с жидкотекучим композитом Prime-Dent-A3 и Estelite E (A3). Проведено закрытие трем и диастемы с эстетической реставрацией передних зубов на верхней челюсти композиционным материалом Estelite E (A3), а также шлифовка, полировка с использованием полиров, резинок, дисков разной степени зернистости.

На 3.4, 2.5, 2.6 зубах проведена механическая и медикаментозная обработка клиновидных дефектов, установлены пломбы Estelite E (A3). Рекомендовано повторное эндодонтическое лечение 2.5, 2.6, 2.7 зубов.



Рис. 5. Фотография сомкнутых зубов пациентки Ж. после шинирования зубов 1.4–2.3, 4.3–3.4
Fig. 5. Photograph of the closed teeth of patient Zh. after splinting of teeth 1.4–2.3, 4.3–3.4



Рис. 6. Трансфер-чек в позиции имплантатов 4.7–4.6–4.4
Fig. 6. Transfer check in implant position 4.7–4.6–4.4



Рис. 7. Примерка каркаса будущего мостовидного протеза из диоксида циркония на имплантатах (винтовая фиксация)
Fig. 7. Trying on the frame of the future bridge prosthesis made of zirconium dioxide on implants (screw fixation)



Рис. 8. Фотография зубов пациентки Ж. с установленными мостовидными протезами на имплантатах 3.7–3.6–3.5 и 4.4–4.6–4.7
Fig. 8. Photograph of patient Zh.'s teeth with installed bridge prostheses on implants 3.7–3.6–3.5 and 4.4–4.6–4.7

Хирургом-имплантологом проведена экстракция частей 4.8, 4.7, 4.6, экстракция 4.4. На данном этапе врачом ортопедом установлен временный частичный съемный имедиат-протез на нижнюю челюсть.

Через 3 месяца установлены имплантаты Astra Tech в позиции отсутствующих зубов 3.5, 3.6, 3.7, 4.4, 4.6, 4.7. Операция проведена по стандартному протоколу двух-

этапной методики. На всех этапах выполнялся рентген-контроль.

Спустя 3,5 месяца врачом-ортопедом проведено протезирование на имплантах. Проведено снятие формирователей десны, установлены трансферы, получено два оттиска силиконовой массой с верхней и нижней челюстей для изготовления трансфер-чека и индивидуальной ложки. Следующим этапом снят оттиск индивидуальной ложки с трансфер-чеком силиконовым материалом для максимальной точности будущей работы (рис. 6). Установлены формирователи десны.

Промежуточный этап работы — примерка каркаса будущего мостовидного протеза из диоксида циркония на имплантатах (винтовая фиксация) (рис. 7).

Следующим этапом мостовидные протезы из диоксида циркония на имплантатах были фиксированы с использованием винтовой фиксации. Шахты закрыты материалом Tetric Ceram (рис. 8, 9).



Рис. 9. Фотография пациентки Ж. с установленными мостовидными протезами на имплантатах 3.7–3.6–3.5 и 4.4–4.6–4.7
Fig. 9. Photograph of patient Zh. with installed bridge prostheses on implants 3.7–3.6–3.5 and 4.4–4.6–4.7

Также проведена установка имплантата Astra Tech в позиции отсутствующего 24 зуба по стандартному протоколу двухэтапной методики и спустя полгода установлена коронка на имплантате из цельного циркония на винтовой фиксации. Шахта закрыта Tetric Ceram. Пациентке выполнена ортопантомограмма (рис. 10).

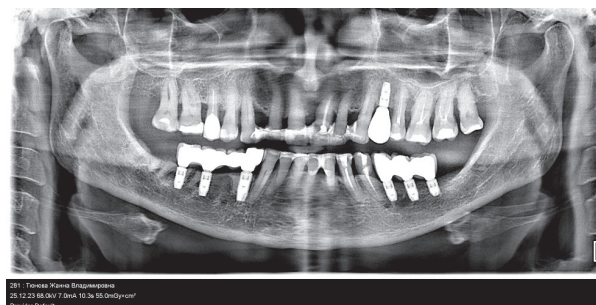


Рис. 10. Ортопантомограмма пациентки Ж., 54 лет после завершения лечения
Fig. 10. Orthopantomogram of patient Zh., 54 years old, after completion of treatment

Заключение

Эффективное взаимодействие врача-пародонтолога, хирурга-имплантолога и ортопеда является залогом успешной работы при ведении больных с генерализованным пародонтитом. Комплексное планирование и последовательная реализация всех этапов реабилитационного процесса должны быть согласованными и последовательными. Особое внимание следует уделять регулярному проведению профилактических осмотров и рентгенологическому мониторингу.

Ведение пациентов с генерализованным пародонтитом в период остеointеграции имплантатов связано с функциональной перегрузкой оставшихся зубов, что может сопровождаться поломками шины из-за перераспределения жевательного давления. Для предотвращения возможных осложнений и минимизации возможных поломок шины, больному необходимо предоставлять исчерпывающую информацию о потенциальных рисках. Рекомендуются соблюдать диету, ограничивающую прием жесткой пищи, и использовать временный съемный протез. В случае поломок шины при проведении реставрации поврежденные части шины подлежат удалению,

а выявленные дефекты шинируются новой лентой шины с композитным материалом. После этого проводится тщательная коррекция прикуса с применением копировальной бумаги, проводится шлифовка и полировка конструкции.

Следует отметить, что использование временных стекловолоконных шин при патологии пародонта является лишь промежуточным этапом терапевтического вмешательства. Однако строгое соблюдение клинических рекомендаций и поддержание высокого уровня гигиены полости рта способствуют стабилизации патологического процесса и являются важными составляющими комплексного подхода.

Только мультидисциплинарный подход, включающий общеукрепляющую и стимулирующую терапию, может обеспечить клинически значимый эффект как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе. Данный подход включает в себя не только непосредственное лечение пародонтита, но и коррекцию общих факторов риска, а также поддержание оптимального состояния пародонтальных тканей.

Литература/References

1. Березкина Т.Н., Фищев С.Б., Севастьянов А.В., Рожкова М.Г., Павлова С.Г., Пузырева М.Н. и др. Лечение дистопии клыка верхней челюсти применением микроимпланта и брекет-системы: клинический случай. Проблемы стоматологии. 2025;21(2):131–137. [Berezkina T. N., Fischev S. B., Sevastyanov A. V., Rozhkova M. G., Pavlova S. G., Puzdyreva M. N. et al. Treatment of Maxillary Canine Dystopia Using a Microimplant and a Bracket System: A Clinical Case. Actual problems in dentistry. 2025;21(2):131–137. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.18481/2077-7566-2025-21-2-131-137>
2. Васильева Н.А., Шторина А.А., Фищев, И.В., Павлова С.Г., Сопов А.А., Орлова И.В. и др. Опыт применения стекловолоконных шинирующих материалов при генерализованном пародонтите после ортодонтического лечения. Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Естественные и технические науки. 2024;(7):198–202. [Vasilyeva N.A., Shtorina A.A., Fischev I. V., Pavlova S. G., Sopov A. A., Orlova I. V. et al. Experience in the use of fiberglass splinting materials in generalized periodontitis after orthodontic treatment. Modern Science: actual problems of theory and practice. Series: Natural and technical sciences. 2024;(7):198–202. (In Russ.)]. <http://www.nauteh-journal.ru/files/a18a79e4-61f4-492d-a64b-6e5790c62d4b>
3. Ерокина Н.Л., Лепилин А.В., Фищев С.Б., Бахтеева Г.Р., Черненко Я.А. Результаты лечения пациентов с переломами нижней челюсти при воспалительных заболеваниях пародонта. Пародонтология. 2018;24(3):96–100. [Erokinina N. L., Lepilin A. V., Fischev S. B., Bakhteeva G. R., Chernenko Y. A. Results of treatment of patients with fractures of the lower jaws at inflammatory diseases of the parodont. Parodontologiya. 2018;24(3):96–100. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.25636/PMP.1.2018.3.17>
4. Загорский В.А. Особенности применения постоянного шинирования зубов при заболеваниях тканей пародонта, дефектах зубных рядов и окклюзионных нарушениях. Успехи современной науки. 2016;1(8):208–213. [Zagorskiy V. A. Features of the application of the permanent splinting of teeth with periodontal disease, defects of dentition and occlusal disorders. Modern science success. 2016;1(8):208–213. (In Russ.)]. <https://elibrary.ru/item.asp?id=26644576>
5. Лепилин А.В., Фищев С.Б., Иванова И.А., Белянина Т.В., Волкова О.Ю. Цитологическое исследование десневой жидкости у пациентов с частичными дефектами зубных рядов. Морфология. 2019;155(2):176–177. [Lepilin A. V., Fischev S. B., Ivanova I. A., Belyanina T. V., Volkova O. Yu. Cytological examination of gingival fluid in patients with partial dentition defects. Morphology. 2019;155(2):176–177. (In Russ.)]. <https://elibrary.ru/item.asp?id=38174110>
6. Островская Л.Ю., Лепилин А.В., Ерокина Н.Л., Катаханова Л.С., Фищев С.Б. Факторы риска прогрессирования хронического генерализованного пародонтита у женщин в период менопаузы. Пародонтология. 2020;25(3):201–205. [Ostrovskaya L. Y., Lepilin A. V., Erokinina N. L., Katkhanova L. S., Fischev S. B. Risk factors for the progression of chronic generalized periodontitis in women during menopause. Parodontologiya. 2020;25(3):201–205. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.33925/1683-3759-2020-25-3-201-205>
7. Шторина А.А., Климов А.Г., Фищев С.Б., Рожкова М.Г., Павлова С.Г., Севастьянов А.В. и др. Особенности использования стекловолоконных шинирующих материалов при подвижности зубов. Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Естественные и технические науки. 2024;(4/2):205–208. [Shtorina A. A., Klimov A. G., Fischev S. B., Rozhkova M. G., Pavlova S. G., Sevastyanov A. V. et al. Features of the use of fiberglass splinting materials for dental mobility. Modern Science: actual problems of theory and practice. Series: Natural and technical sciences. 2024;(4/2):205–208. (In Russ.)]. <http://www.nauteh-journal.ru/files/c6d71d3a-2d34-4524-a9d9-7aab92367263>
8. Фищев С.Б., Шторина А.А., Галстян С.Г., Рожкова М.Г., Павлова С.Г., Севастьянов А.В. и др. Использование стекловолоконного шинирующего материала Dentapreg при генерализованном пародонтите. Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Естественные и технические науки. 2024;(4/2):197–200. [Fischev S. B., Shtorina A. A., Galstyan S. G., Rozhkova M. G., Pavlova S. G., Sevastyanov A. V. et al. The use of dentapreg fiberglass splinting material for generalized periodontitis. Modern Science: actual problems of theory and practice. Series: Natural and technical sciences. 2024;(4/2):197–200. (In Russ.)]. <http://www.nauteh-journal.ru/files/6cb090bc-5fd0-484a-9c59-8772f9416f28>
9. Baeshen H. The Prevalence of Major Types of Occlusion Anomalies among Saudi Middle School Students. The journal of contemporary dental practice. 2017;18(2):142–146. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10024-2005>
10. Botticelli S., K seler A., Marcuss n A., M lsted K., N rholt S.E., Cattaneo P.M. et al. Do infant cleft dimensions have an influence on occlusal relations? A subgroup analysis within an RCT of primary surgery in patients with unilateral cleft lip and palate. The Cleft palate-craniofacial journal. 2020;57(3):378–388. <https://doi.org/10.1177/1055665619875320>
11. Lin F., Ren M., Yao L., He Y., Guo J., Ye Q. Psychosocial impact of dental esthetics regulates motivation to seek orthodontic treatment. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics. 2016;150(3):476–482. <https://doi.org/10.1016/j.ajodo.2016.02.024>
12. Sherrard J. F., Rossouw P. E., Benson B. W., Carrillo R., Buschang P. H. Accuracy and reliability of tooth and root lengths measured on cone-beam computed tomographs. American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics. 2010;137(4 Suppl 1): S100-S108. <https://doi.org/10.1016/j.ajodo.2009.03.040>