

АДАПТАЦИЯ ОККЛЮЗИОННЫХ ВЗАИМОТНОШЕНИЙ У ОРТОПЕДИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ЧАСТИЧНЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЗУБОВ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ИЗБИРАТЕЛЬНОГО СОШЛИФОВЫВАНИЯ ЗУБОВ

Н. В. Лапина

Кубанский государственный медицинский университет

Данное исследование посвящено изучению возможности адаптации окклюзионных взаимоотношений у ортопедических больных с частичным отсутствием зубов у лиц с медикаментозно компенсированным сахарным диабетом, гиперацидным гастритом и невротическими расстройствами личности. Одной группе лиц были изготовлены жесткие окклюзионные каппы для адаптации пародонта и нейромышечной системы. Второй группе каппы не изготавливались, у них в 72 % случаев произошло обострение сопутствующего заболевания. Этим пациентам было проведено протезирование спустя 1,5—2 месяца, после стабилизации общего состояния организма. Пациентам с сопутствующими заболеваниями избирательное сошлифовывание зубов, при частичном отсутствии их, необходимо проводить под контролем окклюзионных капп для создания относительно стабильной окклюзии, что предотвращает симптоматику мышечно-суставной дисфункции.

Ключевые слова: окклюзия, избирательное сошлифовывание, сахарный диабет, гиперацидный гастрит, невротические расстройства.

ADAPTATION OF OCCLUSAL RELATIONS IN ORTHOPEDIC PATIENTS WITH PARTIAL EDENTIA AFTER SELECTIVE GRINDING OF TEETH

N. V. Lapina

This research is devoted to studying the possibility of adaptation of occlusal relations in orthopedic patients with partial edentia with drug-compensated diabetes mellitus, hyperacid gastritis and neurotic disorder. Occlusal splints for adaptation of the periodontium and neuromuscular system were manufactured for one group. The second group of people did not receive an occlusal splint, 72 % of them had exacerbation of pain. Those patients received a prosthesis in 6—8 weeks, after stabilization of the general state of health. Selective grinding of teeth in patients with accompanying diseases and partial edentia had to be made with supervision of occlusal splints to achieve a stable occlusion, which prevents a development of symptoms of articular muscle dysfunction.

Key words: occlusion, selective grinding, diabetes, hyperacid gastritis, neurotic dysfunction.

Частичное отсутствие зубов является следствием кариеса и его осложнений, заболеваний пародонта и травм, что в дальнейшем приводит к развитию функциональных нарушений и патологических процессов в зубочелюстной системе. Исследованиями многих авторов доказано, что патология зубочелюстной системы носит не только местный характер, но и связана с довольно существенной реакцией всего организма [2]. Не случайно одним из основных направлений исследований в стоматологии является установление возможной взаимосвязи между патологией полости рта и общесоматическими заболеваниями.

Общеизвестно, что больные с осложненным соматическим статусом нуждаются в особом подходе при диагностике, планировании стоматологического лечения, его проведении и последующем наблюдении. Правильная оценка общего состояния и состояния полости рта у этих больных позволяют принять адекватные меры по санации полости рта.

В последнее время появилось значительное количество работ о взаимосвязи характера и степени поражения пародонта с сопутствующими заболеваниями. Заболевания пародонта, особенно развивающиеся на фоне нарушения окклюзионных взаимоотношений, а также усугубленные клиникой сопутствующих заболеваний, являются одной из главных причин преждевременной потери зубов и разрушения зубочелюстной системы [6, 8].

Клинический анализ окклюзионных взаимоотношений является неотъемлемой частью обследования при составлении плана ортопедического лечения пациентов с сопутствующими заболеваниями. Равномерное распределение жевательного давления дает возможность рассредоточить векторы функциональных и парафункциональных сил, исключая возможность концентрации их на отдельных зубах, тем самым предотвращая травматическую окклюзию и ее осложнения [1, 3, 4, 5].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучение возможности адаптации окклюзионных взаимоотношений у ортопедических больных с частичным отсутствием зубов при дефектах средней и большой протяженности, в анамнезе которых присутствовали такие заболевания, как медикаментозно компенсированный сахарный диабет, гиперацидный гастрит и невротические расстройства, и пациентов без сопутствующей патологии, после проведения избирательного сошлифовывания зубов.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проведено на 56 пациентах с частичным отсутствием зубов, из них 10 человек в анамнезе имели сахарный диабет, 12 — невротические расстройства личности, 14 — гиперацидный гастрит и 20 человек

составила группа пациентов без сопутствующих заболеваний (контрольная группа). Все респонденты были разделены на две группы в равном количестве.

Каждая группа состояла из 23 человек, из них 5 — с медикаментозно компенсированным сахарным диабетом, 6 — с невротическими расстройствами личности, 7 — с гиперацидным гастритом в стадии ремиссии и 10 не имели сопутствующие заболевания.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Клинический анализ межокклюзионных взаимоотношений заключался в детальном исследовании контактов зубов в задней контактной позиции, срединной окклюзионной позиции, а также при трансверзальных и сагитальных движениях нижней челюсти. После детального анализа всем пациентам была предложена процедура избирательного сошлифовывания.

Перед избирательным сошлифовыванием зубов всем пациентам объясняли цель данной процедуры. Для наглядности подготавливали рельефный отпечаток окклюзионных контактов на восковой пластине, так же он использовался для первичной диагностики суперконтактов. Для более точного выявления суперконтактов мы применяли маркировочную артикуляционную пленку (черного, красного и зеленого или синего цвета), толщиной 8—12 микрон. Преждевременные контакты определяли в срединной окклюзионной позиции в задней контактной позиции и при боковых сдвигах нижней челюсти (медиотрузионные, латеротрузионные контакты и интерференции).

При патологической подвижности зубов при заболеваниях пародонта анализ артикуляционных движений проводили только после стабилизации зубного ряда, что достигалось путем шинирования подвижных зубов.

После проведенного анализа приступали непосредственно к избирательному сошлифовыванию, которое осуществляли по методике, предложенной Хватовой В. А., не нарушая основные правила данной методики [7].

Как было отмечено ранее, существует прямая и обратная взаимосвязь общесоматических заболеваний и состояния зубочелюстной системы. Поэтому, для исключения стрессового и болевого факторов, которые служат пусковым механизмом в обострении общесоматического заболевания, сошлифовывание зубов проводили щадяще и точно. Процедура была направлена на сохранение и улучшение формы и положения окклюзионной поверхности, увеличения окклюзионных контактов.

Всем пациентам с сопутствующими заболеваниями избирательное сошлифовывание проводили в несколько посещений с интервалом 3—5 дней, длительность каждой процедуры, учитывая тяжесть общесоматического заболевания, приходилось сокращать до 20 минут, поэтому увеличивалось количество посещений.

После окончательной окклюзионной коррекции пациентам первой группы изготавливали жесткие окклюзион-

ные каппы на нижнюю или верхнюю челюсть (в зависимости от клинической ситуации), для адаптации пародонта и нейромышечной системы. Для изготовления каппы мы снимали анатомический оттиск и отливали модель. Пластинку термопластичного материала толщиной от 1 до 2 мм разогрели и под давлением обжимали ее на гипсовой модели верхней или нижней челюсти. Эти окклюзионные каппы были также использованы для проведения реминерализующей терапии. Дальнейшая коррекция окклюзионных взаимоотношений проводилась на каппе с использованием быстротвердеющей пластмассы. Обострение сопутствующего заболевания после избирательного сошлифовывания произошло у 4 пациентов, что составило 22 % от количества больных с сопутствующими заболеваниями.

Пациентам второй группы окклюзионные каппы не изготавливались. Для снятия чувствительности зубов обработку зубного ряда проводили эмаль-герметизирующим ликвидом. В течение недели после проведения последней процедуры избирательного сошлифовывания в 72 % случаев у пациентов второй группы происходило обострение сопутствующего заболевания (появлялись нестабильные сахара, усугублялось депрессивное состояние, появлялся болевой синдром в зубочелюстной системе, возникал дискомфорт в полости рта). У пациентов без сопутствующих заболеваний дискомфортные ощущения в зубочелюстной системе встречались только в 20 % случаев (рис.).

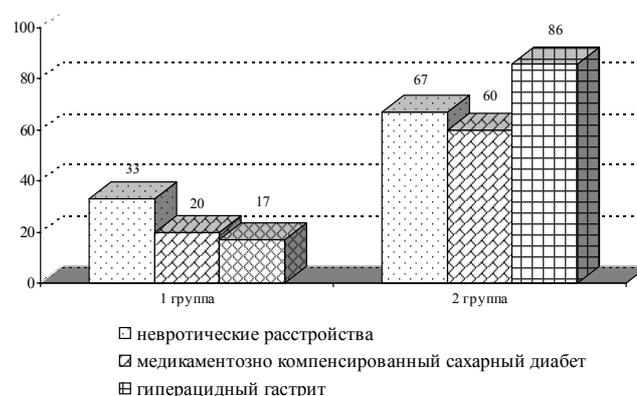


Рис. Распределение пациентов, в зависимости от сопутствующих заболеваний, прошедших ортопедическую подготовку методом избирательного сошлифовывания: 1-я группа — пациенты, которым были изготовлены окклюзионные каппы, 2-я группа — пациенты, которым не изготавливались окклюзионные каппы. За 100 % взято количество респондентов в каждой нозологической группе

Для дальнейшего ортопедического лечения пациенты первой и второй групп приглашались через две недели. Восстановление анатомии и функции жевательного аппарата у больных с частичным отсутствием зубов осуществлялось различными ортопедическими конструкциями. Наиболее часто дефекты зубных рядов восполнялись мостовидными протезами и частичными съемными бюгельными протезами на верхнюю и/или нижнюю челюсти.

Пациентам второй группы, у которых обострилось сопутствующее заболевание, протезирование было проведено спустя полтора-два месяца, после стабилизации общего состояния организма.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Как показало наше исследование, пациентам с сопутствующими заболеваниями избирательное сошлифовывание зубов при дефектах зубного ряда средней и большой протяженности необходимо проводить под контролем окклюзионных капп для создания относительно стабильной окклюзии, тем самым предотвратить симптоматику мышечно-суставной дисфункции, которая, в свою очередь, может спровоцировать обострение сопутствующего заболевания. Любые изменения в окклюзионных взаимоотношениях, дискомфорт в полости рта в дальнейшем повлечет отсрочку от дальнейшего ортопедического лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гросс М. Д., Мэтьюс Дж. Д. Нормализация окклюзии. — М.: Медицина, 1986. — 286 с.

2. Окклюзия и клиническая практика / Под ред. И. Клиненберга, Р. Джагера — М.: «МЕДпресс-информ», 2006. — 200 с.

3. Хайман, Смуkler. Нормализация окклюзии при наличии интактных и восстановленных зубов. — М.: Азбука, 2006. — 136 с.

4. Хауг, Симон // Стоматология. — 2007. — № 7. — С. 80—81

5. Хватова В. А. // Клиническая гнатология. — М.: Медицина, 2005. — 295 с.

6. Хватова В. А. // Новое в стоматологии. — 2000. — № 1. — С. 44—62

7. Biancu S., Ericsson I., Lindhe J. // J. of Clinical Periodontology. — 2005. — № 1. — P. 24—27.

8. Slavicek R. // GammaMed. — wiss. — 2006. — 544 p.

Контактная информация

Лапина Наталья Викторовна — к. м. н., доцент кафедры пропедевтики и профилактики стоматологических заболеваний ГОУ ВПО КубГМУ Минздравоохранения России.

УДК 616.366 –072.1

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КОНТАКТНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ЛИТОТРИПСИИ ЖЕЛЧНЫХ КАМНЕЙ

**А. А. Воробьев, А. Г. Бебуришвили, А. А. Тарба, Р. Х. Хафизов,
В. В. Мандриков, Г. Л. Снигур, А. Н. Овчаров**

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии, кафедра факультетской хирургии с курсом эндохирургии факультета усовершенствования врачей, Волгоградский медицинский научный центр, ОАО СКТБ «Аврора», Волгоград

Показана перспективность применения эндоскопической контактной ультразвуковой литотрипсии желчных камней для клинической практики.

Ключевые слова: эндоскопическая ультразвуковая литотрипсия.

EXPERIMENTAL EVIDENCE IN FAVOR OF ENDOSCOPIC CONTACT ULTRASOUND LITHOTRIPSY OF GALLSTONES

**A. A. Vorobiev, A. G. Beburishvili, A. A. Tarba, R. H. Hafisov,
V. V. Mandrikov, G. L. Snigur, A. N. Ovcharov**

The paper demonstrates the possibilities of endoscopic contact ultrasound lithotripsy of gall stones.

Key words: endoscopic ultrasound lithotripsy.

Внедрение современного диагностического оборудования позволяет выявлять желчнокаменную болезнь (ЖКБ) в период бессимптомного камненосительства [1]. Рост заболеваемости ЖКБ, отмеченный в последние десятилетия, сопровождается ростом ее осложненных форм. Среди осложнений одно из ведущих мест занимает холедохолитиаз, который встречается примерно у 15 % боль-

ных ЖКБ [3]. Современная тенденция развития подходов к лечению холедохолитиаза заключается в стремлении более широкого применения малоинвазивных методов, позволяющих добиться оптимального результата при минимальной операционной травме [5, 6].

Трансабдоминальная холедохоскопия является доступным, безопасным и высокоэффективным ме-