

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Стругацкий В.М., Арсланян К.Н. Ранняя восстановительная физиотерапия после эндохирургических операций в гинекологии // Курортология и физиотер. 2000. № 2. - С. 42–44.
2. Савельева Г.М. Лапароскопия в гинекологии. М.: ГЭОТАР. Медицина. 2000. - 250 с.
3. Гинекология от пубертата до постменопаузы: Практик. руководство для врачей /Под ред. акад. РАМН, проф. Э.К. Айламазяна. М.: МЕДпресс-информ, 2006. 2-е изд., доп. - 496 с.
4. Кабанов М.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. - Л.: Медицина, 1983.
5. Психологические тесты /Под ред. А.А.Карелина. -М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001.
6. Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Уколова М.Л. Адаптационные реакции и резистентность организма. - Ростов-на-Дону, 1977. - 109 с.
7. Энциклопедия клинических и лабораторных тестов./ Под ред. Н.Тица. Изд-во «Лабинформ». М. 1997. 940 с.
8. Королюк М.А., Шапова Л.И., Майорова И.Г. Метод определения активности каталазы //Лаб.дело. - 1988, № 1.- С.16–19.

РЕЗЮМЕ

Обследовано 144 пациентки, перенесших реконструктивно-пластические операции на придатках матки, и проходивших преемственное восстановительное лечение в здравницах Краснодарского края, включавшее климатотерапию, талассотерапию, ЛФК, общий массаж, транскраниальную электронейростимуляцию и КВЧ-терапию, сероводородную или йодобромную бальнеотерапию. У пациенток основной группы, прошедших курс восстановительного лечения через 3–5 месяцев после операции, беременность наступила в 52% случаев, а ее клиническое течение сопровождалось выраженным снижением акушерской и перинатальной патологии, обеспечившим значимое снижение материально-финансовых затрат.

Ключевые слова: этапная реабилитация, органосохраняющие операции, санаторно-курортное лечение, талассотерапия, физиотерапия, бесплодие.

ABSTRACT

A total of 144 patients after reconstructive and plastic operations on uterine appendages, which were successive rehabilitation treatment in health resorts of Krasnodar Territory, which included climatotherapy, thalassotherapy, exercise therapy, massage, and transcranial electroneurostimulation EHF-therapy, bromine, or hydrogen sulfide balneotherapy. In the main group of patients who have undergone rehabilitation treatment after 3-5 months after surgery, pregnancy occurred in 52% of cases, while there was a large reduction in obstetric and perinatal pathology, which provided a significant reduction in material and financial costs.

Key words: stage care rehabilitation, organ-preserving surgery, spa treatments, thalassotherapy, physiotherapy, infertility.

Контакты:

Гордон Кирилл Владиславович. E.mail: doctor4007@rambler.ru;

Автомеев Светлана Михайловна. E.mail: avtosvet215@rambler.ru.

ОПТИМИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ

УДК 616.31-08

Копытов А.А.: доцент кафедры стоматологии, к.м.н.;

Рыжова И.П.: профессор кафедры стоматологии, д.м.н., профессор.

ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», г. Белгород, Россия

Введение

Реабилитация пародонта основная задача, ежедневно решаемая врачом-стоматологом. Признаки заболеваний пародонта у лиц, достигших тридцатипятилетнего возраста диагностируются в 97% случаев [2]. Причём доля воспалительно-дистрофических заболеваний составляет 92–95%, первично дистрофических 3–5%, и 1–2% составляют лица страдающие полной вторичной адентией [1]. Нарушение целостности зубного ряда, возможное без утраты зубов, отягощает

течение патологического процесса, а в иных случаях может завершаться социальной дезадаптацией [7]. Развитие стоматологии как науки, предусматривает целью не только восстановление целостности зубных рядов, но и контроль над нормализацией морфофункциональных характеристик, обуславливающих стойкую компенсацию утраченных во время болезни функций, адаптацию к ортопедическим конструкциям, обеспечивающим физическую, психическую, социальную полноценность больных.

Фрагментация зубного ряда приводит к изменению осей установки зубов и снижению прикуса. Вторичный сниженный прикус сочетается со смещением нижней челюсти в сагиттальном и трансверзальном направлениях. Следовательно, развитие генерализованного патологического процесса в пародонте приобретает системный характер, приводящий к значительному снижению жевательной эффективности [6]. Системный характер поражения зубочелюстного аппарата требует изучения действенности проводимых реабилитационных мероприятий [3].

Известен подход, обоснованный данными ретроспективного анализа, предусматривающий превентивное шинирование зубов, проводимое до начала осуществления лечебных мероприятий [5]. Положительными чертами подхода являются возможность: уменьшить смещение нижней челюсти, перераспределить жевательную нагрузку, приблизив её величину в травматическом или отражённом узле к оптимальной. Сложность применения подхода обусловлена выраженным, у ряда пациентов, лингвальным наклоном жевательной группы зубов нижней челюсти. После утраты целостности зубным рядом, разнонаправленность осей установки зубов увеличивается. В данном случае врач, при наложении протеза укорачивает его границы, добиваясь возможности пройти через экваторы зубов. Выполнение этого клинического этапа приводит к тому, что в пришеечной области протез не охватывает шейки зубов, и при нагружении экскурсия зубов не уменьшается, терапевтическая ценность шинирования зубного ряда снижается.

Зачастую, изготовленная подобным образом временная конструкция, используется пациентом как постоянная. Можно говорить о двух ситуациях предопределяющих описанный алгоритм действий: в случае отсутствия информированного согласия к приведению в соосность зубов покрытием их коронками; и при протезировании пожилых (социально не защищённых лиц). Обе ситуации статистически значимы, что обуславливает актуальность исследования.

Под реабилитацией понимаем обретение функциональности пародонтом, происходящее после восстановления непрерывности зубных рядов, определяемое в случае возвращения объёмов экссудации десневой жидкости к параметрам характерным для интактного пародонта или пародонта, в котором возможны доклинические изменения.

Цель исследования: Изучить влияние сошлифовывания тканей с язычной поверхности шинируемых, утративших ось установки зубов, на динамику реабилитации пародонта у лиц, страдающих хроническим генерализованным пародонтитом.

Материалы и методы

К исследованию привлечено 30 пациентов в возрасте от 30 до 50 лет, страдающих хроническим генерализованным пародонтитом средней и тяжёлой степени, которые методом рандомизации были разделены на две сопоставимые по клинико-функциональным характеристикам группы. В испытываемую группу вошли 15 пациентов: 8 со средней степенью тяжести пародонтита и 7 страдающих пародонтитом тяжёлой степени. В контрольную группу вошли 15 пациентов: 7 со средней степенью тяжести и 8 страдающих пародонтитом тяжёлой степени (табл. 1).

Таблица 1. Распределение больных, по возрастным группам, в соответствии со степенью тяжести хронического генерализованного пародонтита.

Возраст	Контрольная группа (n=15)		Испытуемая группа (n=15)	
	Средняя	Тяжёлая	Средняя	Тяжёлая
< 35	3	2	2	1
35–46	2	4	4	4
>46	2	2	2	2

Таблица 2. Оценочная шкала, используемая при определении пародонтального индекса

Код записи	Диагностические критерии
0	пародонт интактный
1	гингивит воспаление имеется не около всего зуба, а только на определённом участке
2	воспаление, отёк десны распространены по периметру зуба, кармана нет, зубодесневое соединение сохранено.
6	имеется пародонтальный карман, зуб устойчив, его функция не нарушена.
8	нарушена функция: зуб подвижен, при перкуссии издаёт глухой звук.

Комплекс реабилитационных мероприятий. Во время первого посещения (табл. 3,4), фиксировали пародонтальный статус пациентов. С целью превентивного шинирования зубов, в течение 3–4 дней, изготавливались временные шинирующие конструкции – частичные съёмные протезы, обеспечивающие стабилизацию зубного ряда. В контрольной группе пациентов, на этапе наложения протезов, в области жевательных зубов с изменённой осью установки, укорачивался базис нижнечелюстного протеза. В испытываемой группе пациентам, на этапе наложения протезов, у жевательных зубов нижней челюсти с изменённой осью установки, сошлифовыванием уменьшалась буко-лингвальная величина коронки. Планирование наложения протезов проводилось после изучения томограмм и учёта топографии пульпарных камер. Рентгенологическое исследование проводилось на томографе Toshiba PaX-Reve 3D. При прохождении границы сошлифовывания тканей в непосредственной близости от пульпарной камеры зубы депульпировались. В спорных случаях процедура сошлифовывания контролировалась данными одонтодиагностики. Решение о необходимости депульпирования принималось с учётом данных электродиагностического стоматологического прибора ЭИ 2333 «СТИЛ». В случае увеличения порога болевой чувствительности выше исходных значений на 20-мкА, зубы депульпировались. Точность данного метода составляет 0,1 мкА, чувствительность – 0,05 мкА, воспроизводимость превышает 95% [8]. В остальных случаях, после сошлифовывания проводился курс реминерализующей терапии: аппликации 10% раствора ремодента на 10 мин 3 раза в неделю, курс лечения 10 процедур; внутрь – глюконат кальция по 0,5 г. 3 раза в день в течение 10 дней.

Пародонтологическое лечение отличалось тем, что пациентам, страдающим тяжёлым пародонтизом в течение первой недели проводили кюретаж и/или лоскутные операции. В остальном, комплекс пародонтологических мероприятий всем пациентам предоставлялся по единой схеме и включал в себя снятие зубных отложений, полировку коронковых частей пришеечных областей и обнажённого цемента корней зубов. После проведения профессиональной очистки зубов пациентов обучали правилам индивидуальной гигиены: умению правильно чистить зубы, подбирали необходимые зубные пасты, щётки, нити, ополаскиватели. Медикаментозные средства применяли, в виде аппликаций (наложение пародонтальных повязок с 10%-ной индометациновой, с 5%-ной бутадионовой мазями; использование диплен – плёнок с хлоргексидином) или инстилляций в области десневого края или пародонтального кармана в виде

растворов антисептиков (0,05 %-ным раствором хлоргексидина), соков и экстрактов лекарственных растений. В целом длительность медикаментозной терапии составляла 10 дней.

На 30 день, после начала лечения, пациенты приходили на контрольный осмотр, (табл. 5, 6). Затем начинался ортопедический этап лечения, продолжавшийся 30 дней. В течение 20 дней изготавливались и накладывались постоянные протезы, через 10 дней, после наложения протезов, пациенты приглашались на очередной осмотр (табл. 7, 8). В конце общего срока наблюдения на 90 день пациенты приглашались на заключительный осмотр (табл. 9).

Краткое описание методик использованных для определения пародонтального статуса пациентов. Методика определения индекса РМА (Parma, 1960). Слизистую оболочку полости рта смазывали йод-йодисто-калиевым раствором. Результаты пробы

Таблица 3. Результаты первичного осмотра пациентов страдающих хроническим генерализованным пародонтизом

Степень тяжести	Индекс РМА (баллы)	Пародонтальный индекс (баллы)	Глубина зондирования (мм)	Рецессия десны (ед)	Подвижность (степень)
интактный пародонт	0	0	1-1,5	0	0
средняя	2,24±0,11	2,81±0,24	4,2±0,10	2,44±0,15	1-2
тяжёлая	3,16±0,14	4,27±0,31	6,3±0,21	3,57±0,15	1-3

Таблица 4. Площадь пропитывания (см²) стандартных полосок десневой жидкостью, полученной у пациентов на первичном приёме.

Степень тяжести	Первые резцы	Вторые резцы	Клыки	Первые премоляры	Вторые премоляры	Первые моляры	Вторые моляры
интактный пародонт	0,106±0,05	0,113±0,02	0,143±0,02	0,196±0,02	0,261±0,03	0,372±0,05	0,364±0,05
средняя	0,488±0,06	0,426±0,06	0,593±0,14	0,829±0,09	1,024±0,13	1,371±0,16	1,346±0,16
тяжёлая	0,519±0,06	0,483±0,06	0,649±0,14	1,002±0,12	1,343±0,15	1,857±0,22	1,794±0,22

Таблица 5. Результаты клинического обследования пациентов, через 30 дней после начала лечения.

Показатель	Интактный пародонт	До лечения	После лечения	
			Испытуемая группа	Контрольная группа
Средняя степень				
РМА (баллы)	0	2,24±0,11	1.20±0,05	1,28±0,05
пародонтальный индекс (баллы)	0	2,81±0,24	1,74±0,1	2, 02±0,12
глубина зондирования (мм)	1–1,5	4,2±0,10	2,33±0,05	2,46±0,06
рецессия десны (ед)	0	2,44±0,15	3.13± 0,1	3,27±0,09
подвижность (степень)	0	1–2	1	1
Тяжелая степень				
РМА (баллы)	0	3,16±0,14	1,43±0,04	1,52±0,06
пародонтальный индекс (баллы)	0	4,27±0,31	3,14±0,15	3,51±0,18
глубина зондирования (мм)	1–1,5	6,3±0,21	3,4±0,05	3,54±0,05
рецессия десны (ед)	0	3,57±0,15	4,8 ±0,1	4,8±0,1
подвижность (степень)	0	2–3	1–2	1–2

Таблица 6. Площадь пропитывания (см²) стандартных полосок десневой жидкостью, полученной у пациентов, через 30 дней после начала лечения.

Показатель	Норма	До лечения	После лечения	
			Испытуемая группа	Контрольная группа
Средняя степень				
Первые резцы	0,106±0,05	0,488±0,06	0,683±0,08*	1,098±0,12*
Вторые резцы	0,113±0,02	0,426±0,06	0,638±0,08*	0,979±0,12*
Клыки	0,143±0,02	0,593±0,14	0,907±0,1*	1,369±0,16*
Первые премоляры	0,196±0,02	0,829±0,09	1,251±0,15*	2,006±0,22*
Вторые премоляры	0,261±0,03	1,024±0,13	1,558±0,18*	2,437±0,25*
Первые моряры	0,372±0,05	1,371±0,16	2,145±0,24*	3,125±0,28*
Вторые моляры	0,364±0,05	1,346±0,16	2,044±0,24*	2,947±0,28*
Тяжелая степень				
Первые резцы	0,106±0,05	0,488±0,06	0,752±0,09*	1,174±0,12*
Вторые резцы	0,113±0,02	0,426±0,06	0,767±0,09*	1,101±0,12*
Клыки	0,143±0,02	0,593±0,14	1,051±0,12*	1,557±0,16*
Первые премоляры	0,196±0,02	0,829±0,09	1,637±0,18*	2,459±0,22*
Вторые премоляры	0,261±0,03	1,024±0,13	2,172±0,23*	2,901±0,25*
Первые моряры	0,372±0,05	1,371±0,16	3,182±0,3*	4,122±0,3*
Вторые моляры	0,364±0,05	1,346±0,16	3,065±0,29*	4,002±0,3*

Примечание: *Различия в экссудации десневой жидкости в период с первичного осмотра до 30-го дня исследования достоверны (p < 0.05).

Таблица 7. Площадь пропитывания (см²) стандартных полосок десневой жидкостью, полученной у пациентов, через 60 дней после начала лечения.

Показатель	Норма	До лечения	После лечения	
			Испытуемая группа	Контрольная группа
Средняя степень				
Первые резцы	0,106±0,05	0,488±0,06	0,396±0,06*	0,512±0,06*
Вторые резцы	0,113±0,02	0,426±0,06	0,379±0,06*	0,451±0,05*
Клыки	0,143±0,02	0,593±0,14	0,511±0,06*	0,628±0,07*
Первые премоляры	0,196±0,02	0,829±0,09	0,826±0,10*	0,878±0,09*
Вторые премоляры	0,261±0,03	1,024±0,13	0,905±0,11*	1,090±0,11*
Первые моряры	0,372±0,05	1,371±0,16	1,209±0,13*	1,453±0,16*
Вторые моляры	0,364±0,05	1,346±0,16	1,177±0,13*	1,420±0,16
Тяжелая степень				
Первые резцы	0,106±0,05	0,488±0,06	0,457±0,06*	0,546±0,06*
Вторые резцы	0,113±0,02	0,426±0,06	0,429±0,06*	0,511±0,06*
Клыки	0,143±0,02	0,593±0,14	0,591±0,08*	0,683±0,07*
Первые премоляры	0,196±0,02	0,829±0,09	0,903±0,11*	1,057±0,12*
Вторые премоляры	0,261±0,03	1,024±0,13	1,187±0,13*	1,435±0,15*
Первые моряры	0,372±0,05	1,371±0,16	1,620±0,14*	1,914±0,22*
Вторые моляры	0,364±0,05	1,346±0,16	1,543±0,16*	1,884±0,22*

Примечание: *Различия в экссудации десневой жидкости в период с 30-го до 60-го дня исследования достоверны (p < 0.05).

выражали в баллах. Состояние десны в области каждого зуба оценивали следующим образом: цвет слизистой оболочки не изменялся – 0 баллов, изменялся цвет межзубного сосочка – 1 балл, изменялся цвет края десны – 2 балла, изменялся цвет альвеолярной части десны – 3 балла. Количество зубов у обследуемых лиц старше 15 лет принимается за тридцать. Индекс вычисляли по формуле:

$$\text{Индекс РМА} = \frac{\text{сумма показателей}}{3 \times \text{количество зубов}} \times 100$$

Определяя пародонтальный индекс Рассела (1956), оценивали тяжесть пародонтита соответственно таблице 2.

Расчёт индекса производили по формуле:

$$PI = \frac{\sum K_z}{n}$$

где PI – пародонтальный индекс,

K_z – код записи одного зуба,

n – число обследованных зубов.

PI = 0,1–1,0 – начальная и лёгкая степень патологии пародонта;

1,5–4,0 – среднетяжёлая степень патологии пародонта;

4,0–4,8 – тяжёлая степень патологии пародонта;

Определение глубины зондирования пародонтальных карманов осуществляли с четырёх поверхностей зуба (А. И. Лампусова, 1980). Измерение производили от эмалево-цементной границы.

Индекс рецессии десны рассчитывали путём деления количества зубов с обнажением шейечной части на число зубов обследуемого (S. Stahl, A. Morris, 1955). Расчёт производили по формуле:

$$\text{Индекс рецессии} = \frac{\text{число зубов с обнажением шейки}}{\text{число зубов обследуемого}} \times 100$$

Подвижность зубов определяли по методу T.S. Fleszar (1980), считая: 0 – устойчивый зуб; I степень – отклонение зуба до 1 мм; II степень – отклонение зуба до 2 мм в щечно-язычном направлении, опорная функция не нарушена; III степень – зуб подвижен не только в щечно-язычном направлении, но и по вертикали, опорная функция нарушена.

Десневую жидкость получали по методу N. Brill и B. Krasse (1958; 1960). Стандартные полоски фильтровальной бумаги заводи́ли в просвет пародонтального кармана (зубо-десневой борозды) исследуемого зуба на 3 минуты. Для выявления зоны пропитывания применяли окраску 0,2% спиртовым раствором нингидрина.

Интегрированное состояние пародонтальных тканей определяли по индексу десневой жидкости Г.М.Барера (1987). В области 1.6, 2.1, 2.4, 3.6, 4.1, 4.4 зубов получали десневую жидкость, величины площадей пропитывания суммировались и делились на 6. Имея ввиду определенную симметричность экссуда-

ции десневой жидкости в области одноименных зубов, на правой и левой половине челюстей, в случае отсутствия применяемых для индексации зубов, учитывали показатели симметричного зуба. Пародонт считается «интактным» при значении индекса менее 0,230 см². Пародонт находится в состоянии «пародонт, в котором возможны доклинические изменения» при значении индекса менее не более 0,500 см².

Первичный осмотр. Больные, страдавшие пародонтитом средней степени тяжести предъявляли жалобы на: затруднённое жевание пищи, кровоточивость дёсен, страдавшие тяжёлым пародонтитом, кроме того, жаловались на: подвижность зубов, болезненность дёсен, неприятный запах изо рта.

При осмотре полости рта больных, включенных в исследование, в исходном состоянии наблюдалось: гиперемизированная и отёчная десна, различное количество мягких и твёрдых зубо-десневых отложений. Зубы, ограничивающие дистально дефекты целостности зубных рядов, по сравнению с контралатеральными зубами, имели иную ось установки. Пародонтальный статус пациентов приведён в таблицах 3, 4.

Принимая во внимание то, что при повреждении жевательного аппарата увеличивается экссудация десневой жидкости, нами было изучено ее количество у наблюдаемых больных (табл.4).

Полученные результаты. На 30 день исследования, после курса проведенного пародонтологического лечения, пациенты чувствовали себя удовлетворительно, жалоб не предъявляли.

Объективно: гигиеническое состояние полости рта у всех обследуемых пациентов удовлетворительное. Зубные отложения не выявлены, слизистые оболочки бледно розового цвета. Клинический статус характеризуют следующие индексные оценки (табл. 5).

Представленные результаты показывают, что под влиянием пародонтологического лечения, отмечалось снижение индекса РМА. У пациентов страдавших пародонтитом средней степени тяжести, индекс РМА в испытываемой группе снизился на 57,14%, в контрольной на 53,57%. Среди пациентов страдавших тяжёлым пародонтитом индекс уменьшился на 48,1%, и 45,25% соответственно. Пародонтальный индекс у пациентов страдавших пародонтитом средней степени тяжести, в испытываемой группе снизился на 38,07%, в контрольной на 28,11%. Среди пациентов страдавших тяжёлым пародонтитом, пародонтальный индекс снизился на 26,46%, и 17,70% соответственно. Глубина зондирования пародонтальных карманов и индекс рецессии десны изменились взаимозависимо, что является следствием, в том числе, и хирургического пособия. У всех пациентов подвижность зубов уменьшилась. Применяемые индексные оценки, не выявили значительных различий, обусловленных применением отличных подходов к наложению временных шинирующих протезов. Этот факт объясняется низкой чувствительностью применяемых методик.

Основываясь на изучении количественных характеристик десневой жидкости, появляется возможность детального изучения процессов в тканях пародонта (табл. 6).

Диагностика, основанная на изучении экссудации десневой жидкости, свидетельствует о следующем: на 30 день после проведённого лечения,

Таблица 8. Площадь пропитывания (см²) стандартных полосок десневой жидкостью, полученной у пациентов, через 90 дней после начала лечения.

Показатель	Норма	До лечения	После лечения	
			Испытуемая группа	Контрольная группа
Средняя степень				
Первые резцы	0,106±0,05	0,488±0,06	0,135±0,02*	0,274±0,03*
Вторые резцы	0,113±0,02	0,426±0,06	0,130±0,02*	0,235±0,03*
Клыки	0,143±0,02	0,593±0,14	0,168±0,02*	0,338±0,03*
Первые премоляры	0,196±0,02	0,829±0,09	0,271±0,03*	0,458±0,05
Вторые премоляры	0,261±0,03	1,024±0,13	0,339±0,04*	0,583±0,07*
Первые моряры	0,372±0,05	1,371±0,16	0,426±0,06*	0,789±0,09*
Вторые моляры	0,364±0,05	1,346±0,16	0,431±0,06*	0,762±0,09*
Тяжелая степень				
Первые резцы	0,106±0,05	0,488±0,06	0,179±0,02*	0,312±0,03*
Вторые резцы	0,113±0,02	0,426±0,06	0,199±0,02*	0,285±0,03*
Клыки	0,143±0,02	0,593±0,14	0,249±0,03*	0,374±0,04*
Первые премоляры	0,196±0,02	0,829±0,09	0,354±0,04*	0,559±0,06*
Вторые премоляры	0,261±0,03	1,024±0,13	0,524±0,07*	0,787±0,08*
Первые моряры	0,372±0,05	1,371±0,16	0,632±0,07*	1,014±0,11*
Вторые моляры	0,364±0,05	1,346±0,16	0,594±0,08*	0,998±0,11*

Примечание: *Различия в экссудации десневой жидкости в период с 60 до 90 дня исследования достоверны (p < 0.05).

Таблица 9. Динамика изменения индекса десневой жидкости на этапах реабилитации у пациентов страдающих хроническим генерализованным пародонтитом.

Последовательность реабилитационных мероприятий	Интактный пародонт – пародонт, в котором возможны доклинические изменения	После лечения	
		Испытуемая группа	Контрольная группа
средняя степень			
первичный осмотр	0,230 – 0,500	0,896	0,896
окончание пародонтологического лечения		1,359	2,076
окончание ортопедического лечения		0,810	0,947
через месяц после окончания ортопедического лечения		0,277	0,507
тяжелая степень			
первичный осмотр	0,230 – 0,500	1,126	1,126
окончание пародонтологического лечения		1,857	2,585
окончание ортопедического лечения		0,993	1,172
через месяц после окончания ортопедического лечения		0,388	0,628

пародонтальные комплексы зубов не восстановились от ятрогенного повреждения. Экссудация возросла: в контрольной группе, среди пациентов страдавших пародонтитом средней тяжести на 115–125%, тяжёлым пародонтитом на 140–185%, в исследуемой на: 15–40% и 50–70% соответственно. Что подтверждает целесообразность на этапе

превентивного шинирования уменьшения буклингвальной величины коронок зубов, обретших различные оси установки. На следующем этапе пациентам восстанавливалась целостность зубных рядов, с использованием цельнолитых металлокерамических мостовидных протезов и съёмных конструкций. Согласно рекомендациям [6]

о времени необходимого для адаптации к протезам, очередное обследование пациентов проводилось на 10 день после наложения протезов.

Во время осмотра проводимого на 60 день лечения было установлено что, пациенты адаптировались к изготовленным постоянным конструкциям. Жалоб, связанных с патологией полости рта не предъявляли. Данные о пародонтальном статусе пациентов представлены в таблицах 6, 7.

В целом индексные оценки, на этапе ортопедического лечения, изменений не претерпели. Некоторое увеличение индекса РМА, во всех группах, связано с уровнем гигиенических навыков пациентов.

Количество десневой жидкости изменялось в широком диапазоне. В контрольной группе экссудация десневой жидкости по сравнению с предыдущим наблюдением снизилась, но превышала исходный уровень у пациентов страдающих пародонтитом средней степени тяжести на 5–8%, у пациентов страдающих тяжёлым пародонтитом на 8–40%.

В испытуемой группе пациентов, страдающих пародонтитом средней степени тяжести, экссудация десневой жидкости снизилась до исходных значений или составляла от них 80%, среди пациентов страдающих тяжёлым пародонтитом, экссудация снизилась до исходных значений, или превышала их на 18%.

С целью прояснения динамики реабилитации пародонта, на 90 день после начала лечения, пациенты были приглашены на заключительный осмотр. По прошествии 40 дней, после наложения постоянных протезов пациенты давали хорошую оценку проведённой терапии, жалоб, связанных с патологией полости рта не предъявляли.

Изменений пародонтального статуса по сравнению с предыдущим исследованием не выявлено (табл. 6). Исследование экссудации десневой жидкости показало различное течение реабилитации в контрольных и исследуемых группах (табл. 8).

За период прошедший с момента предыдущего исследования, количество десневой жидкости, уменьшилось у всех пациентов. Однако, реабилитация пародонтальных тканей протекала с различной интенсивностью. К окончанию наблюдения в испытуемой группе, у пациентов страдавших пародонтитом средней степени тяжести, экссудация десневой жидкости превышала показатели характерные для интактного пародонта на 10–30%, у страдавших тяжёлым пародонтитом на 65–100%. Среди пациентов контрольной группы, превышение показателей составило 108–158% и 161–200% соответственно.

Учитывая данные экссудации десневой жидкости (табл. 4, 6, 8), для интегрированного определения динамики реабилитации тканей пародонта согласно [4] рассчитали индекс десневой жидкости на каждом этапе исследования (табл. 9, рис. 1).

Согласно индексу десневой жидкости состоявшейся, можно считать реабилитацию тканей пародонта у лиц, зачисленных в испытуемую группу, которым на этапе превентивного шинирования уменьшалась букколингвальная величина коронок зубов с изменённой осью установки. У этих пациентов индекс десневой жидкости не превышал 0,500 см² – значения характерного для состояния «пародонт, в котором возможны доклинические изменения». У пациентов контрольной группы индекс десневой жидкости превышал указанное значение, что даёт возможность утверждать о несостоявшейся реабилитации пародонта.

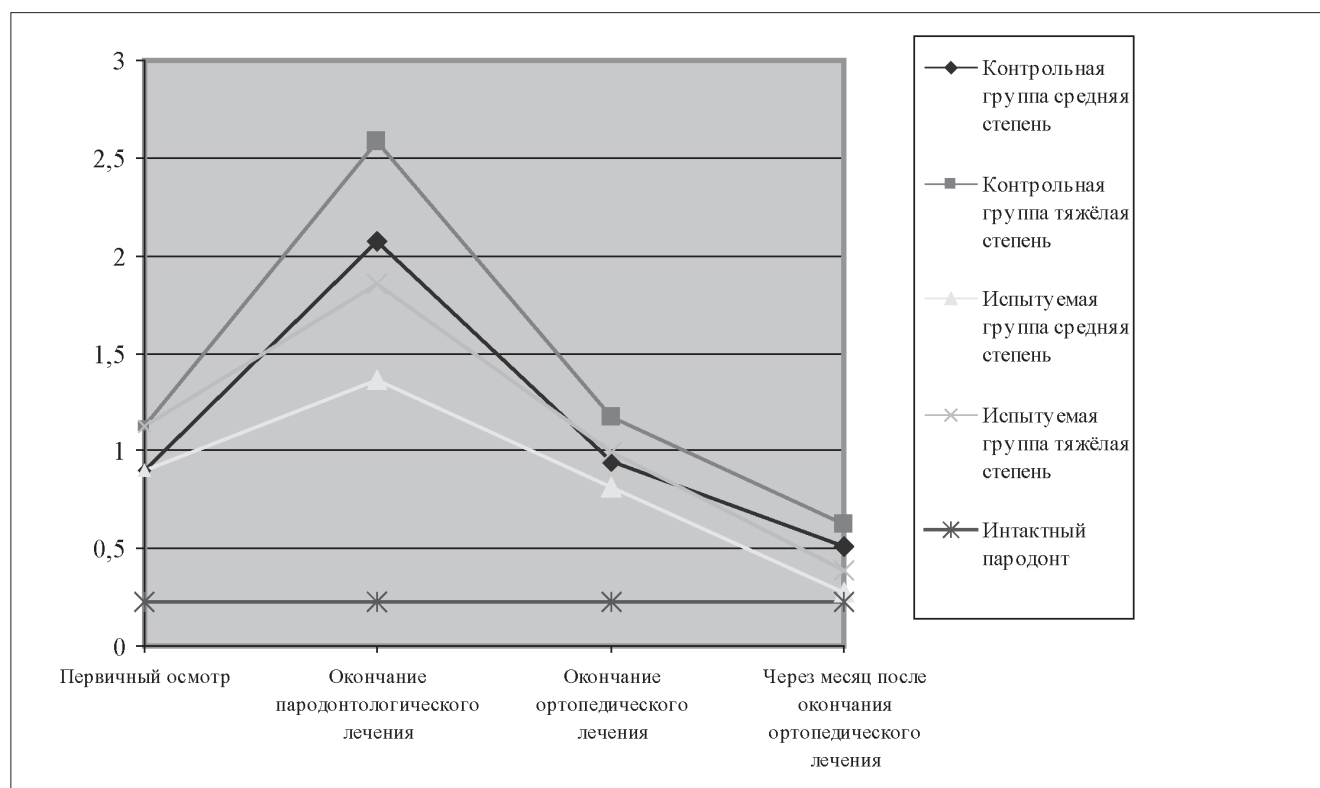


Рис. 1. Динамика изменения индекса десневой жидкости интегрированного показателя реабилитации тканей пародонта.

Выводы

1. Значения индекса десневой жидкости у пациентов испытуемых групп, со средней и тяжёлой формой пародонтита, превышают данные характерные для «интактного пародонта», но соответствуют состоянию «пародонта», в котором возможны доклинические изменения. Данный факт свидетельствует об удовлетворительной динамике реабилитации тканей пародонта, и о продуктивности подхода сочетающего сошлифовывание твёрдых тканей зубов проводимого совместно с превентивным шинированием.

2. В контрольных группах пациентов реабилитация пародонта достигнута не была, значения индекса десневой жидкости превышали 0,500 см².

Практические рекомендации: Уменьшение язычного наклона жевательных зубов, с измененной осью установки, сошлифовыванием тканей с язычной поверхности зубов, предоставляет возможность оптимизировать превентивное шинирование путём наложения съёмного протеза без значительного укорочения его границ, что улучшает иммобилизацию зубного ряда, положительно влияя на динамику реабилитации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н., Бычков В.А., Аль-Хаим А. Ортопедическая стоматология. Москва: "МЕДпресс-информ". 2007. – 496с.
2. Артюшкевич А.С., Латышева С.В., Наумович С.А., Трофимова Е.К. Заболевания пародонта. Москва: "Медицинская литература". 2006. – 306с.
3. Барер Г.М., Халитова Э.С., Кочержинский В.В., Лукиных Л.М. Количественная характеристика десневой жидкости лиц с интактным пародонтом // Стоматология. – 1986. – № 5 – С. 24 – 26.
4. Барер Г.М., Кочержинский В.В., Халитова Э.С., Лукиных Л.М. Десневая жидкость – объективный критерий оценки состояния тканей пародонта // Стоматология – 1987. – № 1. – С. 28 – 30.
5. Жидких Е.Д. Системная оценка эффективности комплексного лечения генерализованных форм пародонтита: Дис...к.м.н./МАПО С.Пб – 2000 157 с.
6. Копейкин В.Н. Ортопедическое лечение заболеваний пародонта. - Москва: "Триада-Х". 2004. – 174с.
7. Лукиных Л.М., Жулёв Е.Н., Чупрунова И.Н. Болезни пародонта. - Нижний Новгород: НГМА 2005. – 322 с.
8. Ульяницкая Е.С. Клинико-лабораторное исследование эффективности применения десенситайзеров при повышенной чувствительности зубов: Дис...к.м.н. МГМСУ. – 2007. – 166 с.

РЕЗЮМЕ

Реабилитация тканей пародонта является неотъемлемой составляющей терапии пациентов страдающих стоматологической патологией. Уменьшение бучо-лингвальной величины коронки зуба, с нарушенной после фрагментации зубного ряда осью установки, проведённое на этапе предварительного шинирования, значительно интенсифицирует реабилитацию пародонта.

Ключевые слова: реабилитация, пародонт, шинирование.

ABSTRACT

Rehabilitation of periodontal tissue is an integral component of therapy for patients suffering from dental disease. Reduce beech-lingual tooth crown size, with a broken after the fragmentation of the denture-axis setup, conducted during the preliminary splinting, periodontal rehabilitation significantly intensifies.

Keywords: rehabilitation, periodontium, splinting.

Контакты:

Копытов А.А. E-mail: kopitov.aleks@yandex.ru