

УДК 616.314-089.28-08

МЕТОДИКА ПОДГОТОВКИ ТКАНЕЙ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА К ЛЕЧЕНИЮ СЪЕМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ

Рыжова И.П., Милова Е.В., Саливончик М.С., Маревский И.О.
ГОУ ВПО «Белгородский государственный университет»

TECHNIQUE OF PROSTHETIC BED TISSUES PRETREATMENT WITH REMOVABLE DENTURE

Ryzhova I.P., Milova E.V., Salivonchik M.S., Marevskij I.O.
The Belgorod State University

В статье рассматривается методика подготовки тканей протезного ложа к лечению съемными конструкциями зубных протезов, проводится оценка их эффективности.

Ключевые слова: протезное ложе, съемные зубные протезы.

Technique of prosthetic bed tissues pretreatment is taking into consideration in the article. It is performed before removable dental prosthesis treatment. Assessment of their effectiveness is made.

Key words: prosthetic bed, removable dental prosthesis.

Сохранение максимально возможного объема костной ткани челюстей является одним из важных условий для успешного проведения современных методов ортопедического лечения. Атрофированные участки альвеолярного отростка и альвеолярной части служат относительным противопоказанием при использовании имплантатов из-за дефицита расстояния до важных анатомических образований, нарушают эстетические показатели при протезировании несъемными конструкциями, а также затрудняют лечение съемными протезами, которые до сих пор остаются достаточно востребованными пациентами [2, 4]. По данным научной литературы [2, 4, 5], основными причинами развития атрофических процессов в опорных тканях протезного ложа в настоящее время продолжают оставаться заболевания пародонта, как следствие – потеря зубов.

Метаболизм костной ткани тесно связан с механическими нагрузками, которые стимулируют костеобразование. Совершенно очевидно, что при наличии дефектов в зубном ряду механическая нагрузка на альвеолярную кость снижается либо отсутствует вовсе, что способствует прогрессированию атрофии костной ткани от бездействия [1, 4, 5]. Быстрое восстановление функции в этом случае имеет весьма ценное лечебно-профилактическое значение.

С целью ускорения процессов регенерации тканей протезного ложа, сохранения максимально возможного объема и формирования оптимального рельефа костной ткани челюсти в послеоперационной области нами была предложена методика подготовки опорных тканей протезного ложа к ортопедическому лечению.

Материал и методы исследования

Предложенная методика заключается в использовании аутоплазмы крови, обогащенной тромбоцитами, для заполнения послеоперационных дефектов в качестве фактора, стимулирующего регенерацию мягких и костных тканей, в комплексе с наложением временной съемной двухслойной ортопедической конструкции в ранние сроки. Для исследования эффективности предложенной методики были сформированы три группы больных, по 15 человек в каждой.

В первой группе после хирургической санации, связанной с удалением зубов или их корней, проводилось отсроченное ортопедическое лечение по мере заживления послеоперационного дефекта. Во второй группе на этапе хирургической санации применяли аутогенную плазму, обогащенную тромбоцитами и белками фибриновой группы, и на следующие сутки на послеоперационный дефект накладывали временный съемный пластиночный протез с жестким базисом. Третью группу составили пациенты, которым на следующие сутки после оперативного вмешательства с использованием аутогенной плазмы накладывали временный съемный пластиночный протез с эластичным слоем.

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе клинического обследования у пациентов первой группы в послеоперационном периоде в течение первых 2–4 суток, как правило, отмечалась умеренная болезненность в области послеоперационного дефекта. Болезненность при воздействии жевательной нагрузки сохранялась практически до полной эпителизации постэкстракционной раны, которая наблюдалась на 7–9-й день.

Пациенты второй группы отмечали незначительную болезненность под жестким базисом временного протеза при воздействии жевательной нагрузки. Последняя, как правило, исчезала после коррекции протеза. Эпителизация раневой поверхности наступала на 5–6-е сутки.

У большинства пациентов третьей группы болевой синдром отсутствовал. Кроме того, пациенты отмечали удобство и быструю адаптацию к временным съемным двухслойным протезам. Эпителизация раневой поверхности наступала на 3–4-е сутки.

Для объективного изучения динамики воспалительных состояний слизистой оболочки протезного ложа в области послеоперационного дефекта при-

менялась усовершенствованная методика макростихимического исследования. При этом для окрашивания зоны воспаления использовали раствор Шиллера – Писарева, а количественный анализ выявленных зон проводили с использованием компьютерной программы «Image Tool», которая позволяет с максимальной точностью высчитать площадь любой геометрической фигуры.

Данное исследование проводили в сроки на 2, 5, 7-е и 14-е сутки после оперативного вмешательства. При этом для каждой группы определяли среднее суммарное значение воспалительной реакции.

Анализ полученных данных выявил следующую динамику (рис. 1).

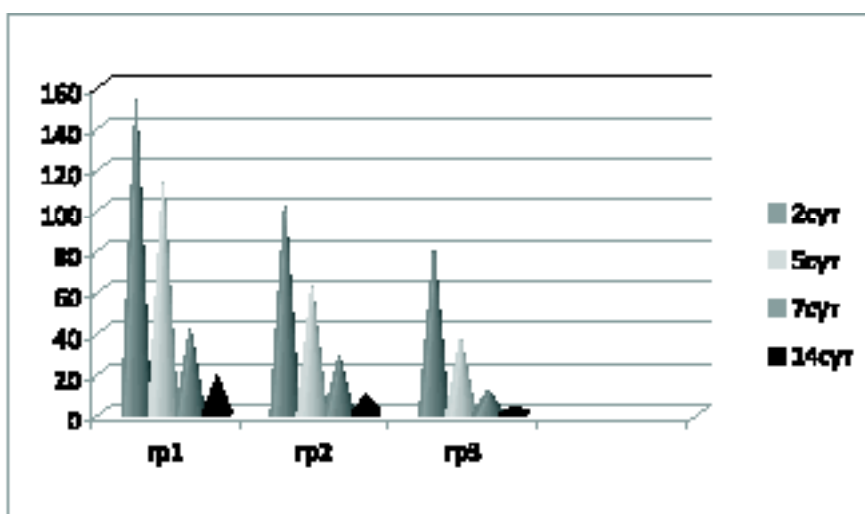


Рис. 1. Результаты макростихимического исследования у пациентов разных исследуемых групп

На следующие сутки у всех пациентов в 100% случаев были выявлены зоны острого и хронического воспаления. При этом наблюдалось значительное преобладание интенсивного бурно-фиолетового оттенка, что указывает на наличие острой воспалительной реакции. Динамика воспалительной реакции была минимальна у пациентов третьей группы.

Вывод

Анализ данных клинического обследования и макростихимического исследования позволяет гово-

рить о том, что сроки эпителизации раневой поверхности, степень болевой реакции, а также воспалительная реакция были минимальны у пациентов третьей группы. Это подтверждает эффективность лечебно-профилактических мероприятий, включающих использование аутоплазмы и раннего протезирования с помощью временных конструкций съемных протезов, и способствует эстетической, социальной и нравственной реабилитации пациентов после оперативного вмешательства на этапах ортопедического лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаврилов Е.И. Протез и протезное ложе. – М., 1979. – 194 с.
2. Григорьян А.С., Воложин А.И., Агапов В.С., Белозеров М.Н., Дробышев А.Ю. Остеопластическая эффективность различных форм ГА по данным экспериментально-морфологического исследования // Стоматология. – 2000. – №3. – С. 4-8.
3. Каливрадзян Э.С., Лесных Н.И., Калиниченко Т.П., Маликов И.М., Мутафян М.И., Степанов Н.Н. Непосредственные протезы в комплексном лечении заболеваний пародонта: Методические рекомендации. – Воронеж, 1997. – 32 с.
4. Леонтьев В.К. Биологические активные синтетические кальцийфосфатсодержащие материалы для стоматологии // Стоматология. – 1996. – №5. – С. 72-73.
5. Лосев Ф.Ф., Жарков А.В., Дмитриев В.М. Костная пластика с применением мембран: показания к применению, возможные ошибки и нарушения принципа действия направленной тканевой регенерации // Стоматология. – 2002. – №6. – С. 27-30.