

Заключение

Применение БоТП позволяет использовать механизмы, приводящие к более быстрой и эффективной регенерации тканей благодаря высокой концентрации факторов роста и биологически активных протеинов. Поскольку богатую тромбоцитами плазму получают из собственной крови пациента, она абсолютно

безопасна с точки зрения переноса инфекционных заболеваний, например ВИЧ или вирусного гепатита. Проведенное исследование даёт основание рассчитывать на возможную оптимизацию процессов заживления первичных гнойных ран, но требует дальнейшего углубленного исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Костюченко Б.М. Местное лечение гнойных ран. Раны и раневая инфекция. – М., 1990. – С. 223-293.
2. Использование углеродсодержащих сорбентов в хирургии /Е.А. Столяров и др. //Хирургия. – 1999. – № 4. – С.56-57.
3. Сравнительная оценка эффективности озонотерапии при стрептококковых инфекциях в зависимости от способа применения /Е.Н Алферина и др. //Мат. IV Всерос. научно-практ. конф. «Озон и методы эфферентной терапии в медицине». – Н.Новгород, 2000. – С.111-112.
4. Елькова Н.Л. Богатая тромбоцитами плазма: применение в стоматологии /Н.Л. Елькова, О.В. Лазутиков, И.Ю. Петров. – Воронеж, 2005. – 20 с.
5. Цымбалов О.В. Патогенетические принципы иммуномодуляции гомеостаза у больных с флегмонами челюстно-лицевой области: Автореф. дисс. док-ра. мед. наук. – СПб., 2005. – 32 с.
6. Marx R. E. Marx. Platelet-rich plasma (PRP): what is PRP and what is not PRP? /R. E. Marx //Implant dentistry. – 2001. – Vol. 10. – № 4.

УДК 616.314.2-089.28

ОСОБЕННОСТИ ПОВТОРНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛНЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЗУБОВ ПРИ ИХ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ

Ковалева И.А., Аболмасов Н.Н., Соловьев А.А.

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

SPECIAL FEATURES OF THE SECONDARY TOOTH REPLACEMENT IN CASE OF TOTAL TEETH LACK ON CLINICAL FOLLOW-UP STUDY

Kovalyeva Y.A., Abolmasov N.N., Soloviyov A.A.

The Smolensk State Medical Academy

Среди проблем ортопедической стоматологии важное место занимают особенности повторного протезирования больных с полной потерей зубов. После завершения ортопедического лечения пациенты, как правило, удовлетворенные ближайшими результатами, длительное время не посещают врача, если нет явных признаков изменений со стороны органов и тканей челюстно-лицевой области или самих протезов. Причинами обращения больных в клинику в ближайшее после протезирования время, как правило, являются ошибки при лечении: балансирование протезов, нарушение их фиксации, наличие пор и трещин в базисе. Это подтверждают результаты исследований, опубликованных целым рядом авторов [1, 2, 3]. В более

отдаленные сроки повторное протезирование проводится преимущественно из-за снижения лечебно-профилактических свойств протезов.

В течение 3–4 лет мы курировали 41 пациента (30 женщин и 11 мужчин). Кроме клинического обследования этим пациентам проводили определение жевательной эффективности и речевых проб в день наложения протезов, через 33 дня (средний срок окончания адаптации) и через 6 месяцев. У 22 пациентов этой группы было проведено повторное протезирование. Ранее изготовленные протезы не отвечали их клиническим и функциональным требованиям (плохая фиксация и стабилизация, долгий срок пользования и др.), а 19 пациентов этой группы протези-

ровались впервые и были удовлетворены качеством съемных протезов.

Наблюдения за результатами повторного протезирования, проведенного с применением калотты и/или объемного моделирования, показали, что фиксация новых протезов всегда была выше, чем старых. Пациенты быстрее привыкали к ним, не предъявляя жалоб на утомляемость мышц, стучание зубов и какие-либо другие неприятные ощущения. После протезирования удалось вызвать на повторный осмотр 18 пациентов через различные сроки после лечения. При этом выяснилось, что все эти пациенты хорошо пользуются протезами, свободно откусывают и пережевывают разнообразную употребляемую пищу. Имевшаяся до повторного протезирования у 5 пациентов мацерация в области углов рта исчезла. У одного больного после протезирования исчезли боли в височно-нижнечелюстном суставе, а у 7 пациентов, жаловавшихся на нарушение речи, она восстановилась.

Анализ данных литературы и результаты наших исследований показывают, что причинами повторного протезирования наиболее часто являются невозможность пользоваться протезами из-за плохой фиксации, ухудшения жевательной эффективности из-за стираемости пластмассовых зубов, снижения межальвеолярной высоты и нижней трети лица, боли в области височно-нижнечелюстных суставов, нарушение четкости речи и эстетики. Изменившиеся условия во рту (атрофия альвеолярных отростков, изменение формы и ширины альвеолярных дуг, уплощение неба, изменение положения переходной складки и др.) требуют внесения конструктивных изменений в новые протезы. Отсюда следует, что тактика врача при повторном протезировании должна иметь отличия от той, которой придерживаются при первичном обращении больного.

В процессе пользования полными съемными протезами с пластмассовыми зубами под влиянием жевания происходит постепенное стирание их окклюзионных поверхностей. Это способствует более плотному смыканию зубных рядов, обеспечивает плавное скольжение нижнего зубного ряда по верхнему, устойчивость протезов и улучшение функции жевания, речи, височно-нижнечелюстных суставов, мышц челюстно-лицевой области. Однако дальнейшее стирание зубов приводит к снижению межальвеолярной высоты, в результате чего изменяется внешний вид лица, уменьшается объем полости рта, нарушается акт жевания, речь, функция височно-нижнечелюстных суставов.

В таких случаях, как правило, изготавливают новые протезы без учета особенностей старых. К ним пациенты привыкают снова длительное время, а если

этого не происходит, отказываются от них, продолжая пользоваться старыми, что ведет к усугублению дисфункциональных состояний жевательного аппарата. Особенности тактики повторного протезирования касаются прежде всего целесообразности и возможности изменения межальвеолярной высоты у больных, продолжительное время пользующихся протезами, со снижением этого параметра; изменения формы и ширины искусственной зубной дуги; расширения границ протезного базиса и вариации его формы. Следовательно, восстановление межальвеолярной высоты в старых протезах, если по другим причинам они не требуют переделки, является наиболее актуальной проблемой практической стоматологии.

Протезирование у больных этой группы имеет еще одну особенность, на которую в отечественной литературе не обращали внимания. Мы имеем в виду психофизиологическую сторону вопроса, заключающуюся в том, что у пациентов, пользующихся продолжительное время съемными протезами, вырабатываются стойкие привычки, изменение которых тем труднее, чем старше возраст.

Очевидно, что если установить новый протез без предварительной подготовки, то он будет восприниматься как совершенно инородное тело и период адаптации может длиться очень долго. Жевательная мускулатура чрезвычайно чувствительна к форме протеза, в результате чего основная нагрузка ложится на те группы мышц, которые расположены вдоль его внешнего контура. Если же в эту функциональную систему установить новый, измененный протез, то система будет воспринимать его как другое, инородное тело. Продолжительность нового периода адаптации зависит от возраста больного и времени пользования старым протезом.

Позиция пациента в данном случае совершенно понятна: если до этого в течение многих лет не было никаких проблем со старым протезом, а новый причиняет неудобства, то это означает, что стоматолог сделал некачественную работу. В процессе планирования лечения врач обязан учитывать все эти обстоятельства для избежания серьезных конфликтов с пациентами. Это отмечают подавляющее большинство клиницистов, к точке зрения которых мы присоединяемся.

Таким образом, при повторном лечении большинства пожилых и старых людей с полным отсутствием зубов следует применять технологию изготовления новых протезов с поэтапной, постепенной коррекцией их элементов. Это необходимо проводить по той причине, что пожилые и старые люди гораздо труднее и медленнее адаптируются к новым конструкциям протезов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Латий З.Б. Восстановление нормальной высоты прикуса у повторно протезируемых больных с полной потерей зубов: Автореф. дисс. канд. мед. наук. — 1967.
2. Оксман И.М. Клинические основы протезирования при полном отсутствии зубов. — М.: Медицина, 1967. — 174с.
3. Постолаки И.И., Кожухарь Н.М. Восстановление высоты прикуса при повторном протезировании беззубых челюстей методом копирования окклюзионной поверхности //Стоматология. — 1989. — №3. — С. 54-56.

УДК 616.716.8-002+615.281

**РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ
ПО ВОПРОСАМ ЭТИОЛОГИИ И АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ
ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

Ковалева Н.С.

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

**RESULTS OF DENTISTS' QUESTIONNAIRE SURVEY ON ETIOLOGY
AND ANTIBACTERIOLOGIC THERAPY OF PATIENTS
WITH MAXILLOFACIAL PYOINFLAMMATORY DISEASES**

Kovalyova N.S.

The Smolensk State Medical Academy

Статья посвящена изучению знаний врачей этиологии и антибактериальной терапии пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.

The article is devoted to the study of doctors' knowledge of etiology and antibacteriologic therapy of patients with maxillofacial pyoinflammatory diseases.

По данным Medical Advertising News (США), врачи-стоматологи ежедневно назначают от 2 до 10 антибиотиков, особенно часто антибиотики применяются у пациентов с жалобами на боль и припухлость мягких тканей лица [9]. Однако в литературе практически отсутствуют данные, подтверждающие целесообразность антибиотикотерапии при лечении стоматологических больных. Кроме того, результаты клинических исследований R. Walton, M. Serr, D. Peterson (2003) свидетельствуют о нежелательности использования антибиотиков при некоторых стоматологических заболеваниях.

Н.В. Дмитриева, Н.Н. Петухова (2000) и G.L. Mandell, J.E. Bennett, R. Polir (1995) считают, что проведение антибактериальной терапии зачастую осуществляется нерационально, без бактериологического контроля. Это, по их мнению, приводит к развитию резистентности микрофлоры, аллергия-

ции организма, нарушению микробиоценоза кишечника.

В клинике хирургической стоматологии антибиотики, как правило, назначают при гнойно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области, а также с целью профилактики (при ранениях мягких тканей и костей лица, после зубной имплантации, реконструктивных и эстетических операций) [8].

Большую помощь в планировании эмпирической терапии оказывает знание наиболее часто встречающихся возбудителей воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области [7], топографической анатомии лица и шеи, сведения о распространенности процесса, общем состоянии больного, особенно в анамнезе, возрасте пациента [6].

Минздравсоцразвития РФ в соответствующих приказах указывает антибиотики, рекомендуемые для лечения пациентов с гнойно-воспалительными за-