

проводили комплексно. У больных изменяется положение нижней челюсти как в вертикальном, так и в горизонтальном направлении, уменьшается высота коронковой части зуба, понижается межокклюзионная высота. Снижается тонус мышц, поднимающих нижнюю челюсть, и увеличивается тонус крыловидных мышц при дистальном смещении. Неравномерное стирание зубов с образованием острых краев и кратерообразных углублений приводит к преждевременным направляющим зубным контактам и артикуляционным препятствиям, что способствует еще большему смещению нижней челюсти и повышению тонуса жевательных мышц. Оказание помощи проводится строго индивидуально и включает в себя устранение напряжения и спазма жевательных мышц, замещение убыли твердых тканей и восстановление функции височно-нижнечелюстного сустава и движений нижней челюсти.

Ортодонтическую подготовку провели девяти больным.

Исправления окклюзионных нарушений при деформациях положения зубов путем протезирования не проводили.

Таким образом, потеря зубов приводит к деформациям окклюзионных взаимоотношений челюстей, зубов и альвеолярных отростков. Смещение нижней челюсти при частичном отсутствии зубов встречается часто, является осложнением вследствие нарушений окклюзии. Восстановление дефектов зубных рядов невозможно без устранения данной патологии.

Возникающие осложнения требуют специальной ортопедической подготовки перед протезированием, которая состоит в функциональном сошлифовывании бугров или удалении выдвинувшихся зубов, выравнивании окклюзионной поверхности перестройки миотатического рефлекса, восстановлении межокклюзионной высоты. Нормализация положения нижней челюсти осуществляется с помощью предложенных нами окклюзионных кап в комплексе с медикаментозной и психотерапевтической подготовкой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аболмасов Н. Г., Аболмасов Н. Н., Бычков В. А., Шамшурина В. Д. Заболевания дефектов зубов и зубных рядов. Смоленск, 1995. 175 с.
2. Гинали В. Н. Изменения височно-нижнечелюстного сустава при потере зубов. Ташкент: Медицина, 1996. 62 с.
3. Гаврилов Е. И. Деформации зубных рядов. М.: Медицина, 1984. 92 с.
4. Жулев Е. Н. Современные аспекты теории травматичес-

кой окклюзии // Актуальные аспекты стоматологии. Нижний Новгород, 1998. С. 95–103.

5. Золотарева Ю. Б., Гусева И. Е. Влияние окклюзионных нарушений на течение воспалительного процесса в тканях пародонта // Стоматология. 2001. № 4. С. 21–24.

6. Коваленко А. Ф., Варава Г. М. Механизм образования зубочелюстных деформаций после частичной потери зубов // Стоматология. 2003. № 5. С. 42–44.

7. Погосов В. Р. Ортопедическое лечение больных при травматической окклюзии у больных с деформациями зубных рядов. Акционерное общество «Стоматология». М., 2004. 32 с.

8. Сухарев М. Ф., Печкина М. Н., Григонис К. Ю. Особенности формирования окклюзионной поверхности у пациентов с частичной потерей зубов // Новое в стоматологии. 2005. № 2. С. 4–8.

9. Хватова В. А. Гнатологические принципы в диагностике и лечении патологии зубочелюстно-лицевой системы // Новое в стоматологии. 2001. № 1. С. 74–89.

10. Шварц А. Д. Новые факторы ортопедической стоматологии, повышающие эффективность зубного протезирования // Новое в стоматологии для зубных техников. 2004. № 4. С. 25–27.

11. Anna M., Dubois J. Возможность окклюзионного баланса полных съемных протезов // Квинтэссенция. 2004. № 5/6. С. 48–49.

12. Gamrot J. et al. // Wiad. Lek. 2003. Vol. 52. № 5–6. P. 280–284.

13. Weiner A. A., Weinstein P. // Gen. Dent. 2004. Vol. 43. P. 164–168.

14. Woda A., Gourdon A. M., Faraj M. Occlusal contacts and tooth wear // J. Prosthet. Dent. 2004. V. 57. № 1. P. 85–93.

**N. V. LAPINA, L. A. SCORICOVA,
U. V. SCORICOV**

PROSTHODONTIC TREATMENT WITH THE SECONDARY DEFORMATIONS TEETH AND JAWS OWING THE PARTIAL TOSES OF TEETH

Partial loss of teeth drings to deformations of occlusal intervion of jaws, teeth and alveolar processes.

The Arising complications demand, special orthopedic preparing before prostodontics, causisting of grining and slising of dental. Tubers and/or extraction of exstruding teeth, aligument and leveling of occlusial plane, rebuilding of myotodic reflex, restoring of occlusial height. Normal sing of fower jaw aligument is acomplishing by the means of special occlusial cups in complex with the drugand pusyc no therapevtic.

Key words: teeth, deformation, occlusion, prosthodontics.

**В. Л. ПОПКОВ, Н. Л. СЫЧЕВА*, Е. Л. КАРАСУЛОВА°,
Л. В. ПОПКОВА, И. А. ФИЛЬЧУКОВА**

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ШИНИРОВАНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРОДОНТА

Кафедра ортопедической стоматологии,

° стоматологическая поликлиника Кубанского государственного медицинского университета,

** Российский центр функциональной хирургической гастроэнтерологии МЗ РФ, г. Краснодар*

Заболевания пародонта в настоящее время представляют собой одну из важнейших проблем современной стоматологии в связи с их высокой распространенностью, устойчивой тенденцией к увеличению, возникновением тяжелых осложнений со стороны как зубо-

челюстного комплекса, так и различных органов и систем организма. В связи с этим современный взгляд на лечение патологии пародонта определяется научно обоснованным и программным подходом к диагностике, рациональным и комплексным лечением,

Распределение пациентов с ХГП в зависимости от вида шинирования

Виды шин и шинирующих протезов	Пациенты			
	Основная группа		Группа сравнения	
	Кол-во пациентов	Кол-во шин	Кол-во пациентов	Кол-во шин
Несъемные постоянные шины (общепринятые)	-	-	13	37
Интрадентальные шины	18	27	-	-
Съемные постоянные шины различной конструкции	-	-	3	5
Комбинированные шины-протезы	-	-	3	6
ИТОГО	18	27	19	48

а также эффективной профилактикой этих заболеваний [4].

Ортопедические методы лечения являются важной и неотъемлемой составной частью комплексной терапии больных с патологией пародонтального комплекса. Это обусловлено тем, что в этиологии и патогенезе этих заболеваний большую роль могут играть окклюзионные нарушения и функциональная перегрузка пародонта. Устранение функциональной травматической перегрузки зубов, рациональное перераспределение жевательного давления, выравнивание нарушенного функционального равновесия между зубами, а также нормализация межокклюзионных взаимоотношений зубов способствуют нормализации метаболических процессов в пародонте, восстановлению его функции и обеспечивают стойкий лечебный эффект [1, 2, 3].

Условия, в которых разворачиваются репаративные процессы в тканях пародонта при его патологии, далеко не всегда оказываются оптимальными, в связи с чем заболевания часто приобретают затяжной вялотекущий характер. Изменить эту ситуацию возможно путем включения в комплекс лечебных мероприятий адекватных методов ортопедического лечения – шинирования и рационального протезирования. Это позволяет уже при первых клинических исследованиях констатировать положительные эффекты. В связи с этим несомненный интерес представляет углубленное изучение вопросов, касающихся устранения местных механических факторов, отрицательно влияющих на регенераторные процессы, а также разработка и внедрение в практическую стоматологию таких шинирующих конструкций, которые бы исключали травматизацию тканей пародонта и создавали оптимальные условия для его функционирования [6].

Целью настоящей работы явилось повышение эффективности ортопедического лечения больных с заболеваниями пародонта путем использования интрадентальных шин и проведение сравнительного анализа шинирующих конструкций.

Методика исследования

Проведено исследование и комплексное лечение с использованием постоянных ортопедических шинирующих конструкций 37 пациентам (основной и контрольной групп), у которых был диагностирован хрони-

ческий генерализованный пародонтит (ХГП) средней и тяжелой степени тяжести. Основная и контрольная группы были сопоставимы по формам патологии пародонта, возрасту, полу и другим характеристикам.

Основную группу составили 18 человек. Шинирование в этой группе пациентов проводилось интрадентальными литыми металлическими шинами. Каждая шина представляла собой цельнолитую жесткую конструкцию, включающую взаимопараллельные внутрипульпарные штифты, фиксируемые в корневых каналах зубов и дополнительно закрытые с оральной или окклюзионной поверхности композитным материалом.

В контрольную группу вошли 19 человек, которым были изготовлены общепринятые ортопедические шинирующие конструкции: коронковые шины (5 человек со штампованными и 8 с цельнолитыми и комбинированными), съемные постоянные – 3 человека и комбинированные шины-протезы – 3 пациента (табл. 1).

Оценка клинической эффективности ортопедического лечения проводилась до лечения, через 10 дней, 1 и 6 месяцев после лечения и основывалась на сопоставлении субъективных данных, результатах объективного исследования с использованием пробы Шиллера-Писарева, динамики изменений индексных показателей (ИГ, ПИ, ПМА и Кечке).

Показатели жевательной эффективности по И. М. Оксману основной и группы сравнения определяли до лечения, на 11-й день (фиксация ортопедических шинирующих конструкций) и спустя 12 месяцев после проведенного лечения.

Рентгенологическое исследование проводилось методами внутриротовой прицельной рентгенографии зубов и ортопантомографии челюстей до лечения, через 6 и 12 месяцев после его окончания.

Для морфологического и гистохимического исследования был использован материал, представляющий собой участки слизистой десны пришеечной области зубов, у всех больных в стадии обострения при первом обращении и на 31-й день лечения.

Биоптаты десны фиксировали в 10%-ном растворе нейтрального формалина и заливали в парафин по общепринятой методике. Парафиновые срезы толщиной 7 мкм окрашивали гематоксилином и эозином. Кроме того, применяли комплекс гистохимических методов окраски и обработки гистологических срезов. Для

дифференцированного выявления волокнистых структур соединительной ткани срезы окрашивали альдегид-фуксином – хромотропом – анилиновым синим.

Для изучения тучных клеток использовали окраску срезов толуидиновым синим. Для окраски соединительной ткани применяли альтиановый синий – нейтральный красный с предварительным окислением срезов кислым раствором перманганата калия [7].

Нуклеиновые кислоты изучали на препаратах, окрашенных метиловым зеленым – пиронином. Кислые глюкозаминогликаны выявляли альтиановым синим при pH 2,5, а также толуидиновым синим. Нейтральные глюкозаминогликаны окрашивали методом Мак Мануса-Хочкисса [5].

Для объективизации результатов исследования применили морфометрию и статистическую обработку количественных показателей.

Результаты исследования

Установлено, что на 11-й день пациенты основной группы отмечали улучшение общего состояния: уменьшение болезненности, снижение отека и кровоточивости десен, уменьшался неприятный запах изо рта. Снижалась чувствительность к температурным и химическим раздражителям. При объективном осмотре в полости рта определялась явная тенденция к регенерации пародонтального комплекса: слизистая оболочка полости рта и десен приобретала бледно-розовую окраску, при пальпации была безболезненной, зондирование десневых карманов не вызывало кровоточивости (индекс Мюлемана составлял 0 баллов), десневые сосочки равномерно располагались в межзубных промежутках, а в пришеечной области зубов десна плотно прилегала к твердым тканям. Проба Шиллера-Писарева была отрицательной. Количество экссудата пародонтальных карманов резко снижалось. Патологическая подвижность зубов уменьшалась (до лечения была I и II степени) и приближалась к физиологической норме.

Показатели ИГ, ПИ и ПМА снижались и составляли соответственно: $1,30 \pm 0,03$, $1,16 \pm 0,04$ и $10,04 \pm 1,06\%$ против $2,44 \pm 0,16$ ($p < 0,001$), $3,91 \pm 0,22$ ($p < 0,001$) и $45,82 \pm 4,06\%$ ($p < 0,001$) до лечения у пациентов с ХГП средней степени. У пациентов с ХГП тяжелой степени эти показатели были равны: $1,42 \pm 0,15$, $1,21 \pm 0,05$ и $11,75 \pm 0,09\%$ против $2,50 \pm 0,22$ ($p < 0,001$), $5,70 \pm 0,16$ ($p < 0,001$) и $64,26 \pm 1,86\%$ ($p < 0,001$) до лечения. Проба Шиллера-Писарева была отрицательной у всех пациентов данной группы. Индекс Кечке снижался и составлял $6,54 \pm 0,66$ против $46,17 \pm 2,11\%$ ($p < 0,001$) до лечения у пациентов с ХГП средней степени и $14,16 \pm 1,71\%$ против $61,84 \pm 2,13\%$ ($p < 0,001$) до лечения у пациентов с ХГП тяжелой степени.

Ближайшие (на 11-й день) результаты комплексного лечения пациентов группы сравнения показали, что состояние пародонтального комплекса соответствовало понятию ремиссии: уменьшались болезненность, отек слизистой оболочки полости рта и десен, интенсивность гиперемии слизистой оболочки, снижалась кровоточивость десен (индекс Мюлемана равен 1 баллу), патологическая подвижность зубов имела явную тенденцию к уменьшению. Однако 10 пациентов (52,6%) этой группы по-прежнему предъявляли жалобы на подвижность зубов, эпизодическую кровоточивость десен при чистке зубов и приеме твердой пищи.

Показатели пародонтальных индексов – ИГ, ПИ и ПМА – снижались и соответствовали составляли: $1,78 \pm 0,01$, $1,49 \pm 0,33$ и $12,97 \pm 1,05\%$ против $2,43 \pm 0,12$ ($p < 0,001$), $3,86 \pm 0,26$ ($p < 0,001$) и $46,90 \pm 2,12\%$ ($p < 0,001$) до лечения у пациентов с ХГП средней степени.

У пациентов с ХГП тяжелой степени эти показатели были равны: $1,88 \pm 0,21$, $2,19 \pm 0,33$ и $12,97 \pm 1,75\%$ против $2,48 \pm 0,32$ ($p > 0,05$), $5,71 \pm 0,40$ ($p < 0,001$) и $61,35 \pm 0,44\%$ ($p < 0,001$) до лечения. Проба Шиллера-Писарева была слабоположительной у 4 человек (21,1%). Индекс Кечке снижался и составлял $9,89 \pm 0,94\%$ против $41,57 \pm 2,07\%$ ($p < 0,001$) до лечения у пациентов с ХГП средней степени и $16,71 \pm 1,66\%$ против $60,57 \pm 2,25\%$ ($p < 0,001$) до лечения у пациентов с ХГП тяжелой степени.

Через один месяц после лечения пациенты основной группы не предъявляли жалоб по поводу данного заболевания. При объективном осмотре полости рта установлено, что у 17 человек (94,4%) выраженных патологических изменений со стороны пародонтального комплекса не обнаружено: слизистая оболочка полости рта и десен имела бледно-розовую окраску, была атрофичной, пальпация ее была безболезненной, рельеф десневого края полностью восстановился и плотно прилегал к твердым тканям зубов в пришеечной области и межзубных промежутках. Зондирование пришеечной области зубов кровоточивости не вызывало (индекс Мюлемана равен 0). Выделений из пародонтальных карманов не наблюдалось. Патологическая подвижность зубов отсутствовала.

Показатели пародонтальных индексов снижались и приближались к норме: ИГ – $1,21 \pm 0,09$, ПИ – $0,19 \pm 0,03$ и ПМА – $9,20 \pm 0,21\%$ против $2,44 \pm 0,16$ ($p < 0,001$), $3,91 \pm 0,22$ ($p < 0,001$) и $45,82 \pm 4,06\%$ ($p < 0,001$) до лечения у пациентов с ХГП средней степени. У пациентов с ХГП тяжелой степени эти показатели были равны: $1,36 \pm 0,21$, $1,05 \pm 0,05$ и $10,01 \pm 0,12\%$ против $2,50 \pm 0,22$ ($p < 0,001$), $5,70 \pm 0,16$ ($p < 0,001$) и $64,26 \pm 1,86\%$ ($p < 0,001$) до лечения. Проба Шиллера-Писарева была отрицательной у всех пациентов. Индекс Кечке составлял $4,06 \pm 0,09\%$ против $46,17 \pm 2,11\%$ ($p < 0,001$) до лечения у пациентов с ХГП средней степени и $7,05 \pm 0,06\%$ против $61,84 \pm 2,13\%$ ($p < 0,001$) до лечения у пациентов с ХГП тяжелой степени.

Через один месяц после лечения 8 человек (42,1%) группы сравнения по-прежнему предъявляли жалобы на подвижность зубов, повышенную чувствительность от термических и химических раздражителей, эпизодическую кровоточивость десен и запах изо рта. При объективном осмотре полости рта выраженных патологических изменений не наблюдалось. Однако у 5 человек (26,3%) данной группы были выявлены отдельные участки гиперемии слизистой десен, единичные места кровоточивости десневого края, у 3 человек (15,8%) выявлялось наличие отделяемого из пародонтальных карманов, проба Шиллера-Писарева была слабоположительной у 2 пациентов (10,5%).

Показатели ИГ, ПИ и ПМА снижались и приближались к норме: $1,61 \pm 0,06$, $1,23 \pm 0,32$ и $10,82 \pm 1,04\%$ против $2,43 \pm 0,12$ ($p < 0,001$), $3,86 \pm 0,26$ ($p < 0,001$) и $46,90 \pm 2,12\%$ ($p < 0,001$) до лечения у пациентов с ХГП средней степени. У пациентов с ХГП тяжелой степени эти показатели были равны: $1,90 \pm 0,06$, $2,33 \pm 0,31$ и $12,12 \pm 0,24\%$ против $2,48 \pm 0,32$ ($p < 0,05$), $5,71 \pm 0,40$ ($p < 0,001$) и $61,35 \pm 0,44\%$ ($p < 0,001$) до лечения. Индекс Кечке снижался и составлял $9,15 \pm 0,65\%$ против $47,57 \pm 2,07\%$ ($p < 0,001$) до лечения у пациентов с ХГП средней степени и $21,09 \pm 1,81\%$ против $60,57 \pm 2,25\%$ ($p < 0,001$) до лечения у пациентов с ХГП тяжелой степени.

Через 12 месяцев после лечения пациенты основной группы не предъявляли жалоб по поводу данного заболевания. Объективно: слизистая оболочка десны имела бледно-розовую окраску, пальпация ее была безболезненной, рельеф десневого края был атрофи-

Сравнительное влияние ортопедических шинирующих конструкций на показатели жевательной эффективности пациентов с ХГП ($M \pm m$, %)

Сроки исследования	Основная группа (1)	Группа сравнения (2)
До лечения (I)	$67,4 \pm 0,5$	$67,7 \pm 0,7$
p_{1-2}	$> 0,05$	$> 0,05$
11-й день (II)	$83,8 \pm 1,4$	$73,5 \pm 0,8$
p_{I-II}	$< 0,001$	$< 0,01$
p_{1-2}	$< 0,001$	$< 0,001$
12 месяцев (III)	$87,1 \pm 1,3$	$77,6 \pm 1,2$
p_{I-III}	$> 0,001$	$< 0,001$
p_{II-III} p_{1-2}	$> 0,05$ $< 0,05$	$> 0,05$ $< 0,001$

Примечание: пациенты: основная группа (1) – 18, группа сравнения (2) – 19.

чен и плотно прилегал к твердым тканям зубов в пришеечной области и межзубных промежутках. Рациональная фиксация подвижных зубов положительно влияла на течение основного заболевания. Патологическая подвижность зубов отсутствовала, рецессия десневого края не определялась. Выделений из пародонтальных карманов не наблюдалось. Глубина пародонтальных карманов уменьшилась и составляла: $2,23 \pm 0,22$ мм против $3,75 \pm 0,85$ мм до лечения у пациентов с ХГП средней степени и $3,42 \pm 0,21$ мм против $5,84 \pm 0,37$ мм до лечения у пациентов с ХГП тяжелой степени.

Стадия ремиссии патологического процесса в тканях пародонта подтверждалась положительной динамикой пародонтальных индексов – ИГ, ПИ и ПМА, которые были соответственно равны: $1,45 \pm 0,08$, $0,48 \pm 0,09$ и $9,86 \pm 1,10\%$ против $2,44 \pm 0,16$ ($p < 0,001$), $3,91 \pm 0,22$ ($p < 0,001$) и $45,82 \pm 4,06\%$ ($p < 0,001$) до лечения у пациентов с ХГП средней степени. У пациентов с ХГП тяжелой степени они были равны: $1,45 \pm 0,30$, $1,16 \pm 0,05$ и $11,02 \pm 0,18\%$ против $2,50 \pm 0,22$ ($p < 0,001$), $5,70 \pm 0,16$ ($p < 0,001$) и $64,26 \pm 1,86\%$ ($p < 0,001$) до лечения. Проба Шиллера-Писарева была отрицательной у всех пациентов. Индекс Кечке оставался стабильным и составлял: $6,02 \pm 0,22\%$ против $46,17 \pm 2,11\%$ ($p < 0,001$) до лечения у пациентов с ХГП средней степени, и у пациентов с ХГП тяжелой степени он был равен $10,12 \pm 0,09\%$ против $61,84 \pm 2,13\%$ ($p < 0,001$) до лечения.

Через 12 месяцев после лечения более половины пациентов группы сравнения (11 человек), что составило 57,9%, предъявляли жалобы на различные признаки развития патологических процессов в пародонтальных тканях. Жалобы пациентов сводились к эпизодической болезненности зубов и десен, подвижности зубов, кровоточивости десен во время чистки зубов и неприятному запаху изо рта. При объективном осмотре полости рта у 12 человек (63,1%) были отмечены как начальные признаки обострения деструктивных процессов пародонтальных тканей, так и развившиеся патологические изменения. Так, у 9 пациентов (47,4%) данной группы были выявлены участки гиперемии слизистой оболочки десен. При зондировании пришеечной области зубов у 8 человек (42,1%) определялись места кровоточивости, а у 3 человек (15,7%) выявлялось серозно-гнойное отделяемое из пародонтальных карманов, глубина которых составляла $4,17 \pm 0,08$ мм

против $3,92 \pm 0,34$ мм до лечения у пациентов с ХГП средней степени и $5,87 \pm 0,35$ мм против $4,56 \pm 0,86$ мм до лечения у пациентов с ХГП тяжелой степени.

ИГ, ПИ и ПМА были соответственно равны: $1,96 \pm 0,09$, $3,60 \pm 0,36$ и $36,86 \pm 2,02\%$ против $2,43 \pm 0,12$ ($p < 0,001$), $3,86 \pm 0,26$ ($p > 0,05$) и $46,90 \pm 2,12\%$ ($p < 0,001$) до лечения у пациентов с ХГП средней степени. У пациентов с тяжелой степенью эти показатели составляли: $1,99 \pm 0,20$, $4,12 \pm 0,36$ и $43,86 \pm 1,12\%$ против $2,48 \pm 0,32$ ($p > 0,05$), $5,71 \pm 0,40$ ($p < 0,05$) и $61,35 \pm 0,44\%$ ($p < 0,001$) до лечения. Проба Шиллера-Писарева была положительной у 9 человек (47,4%). Индекс Кечке имел тенденцию к увеличению и составлял $39,81 \pm 2,01\%$ против $47,57 \pm 2,07\%$ ($p > 0,05$) до лечения у пациентов с ХГП средней степени и $48,77 \pm 1,38\%$ против $60,57 \pm 2,25\%$ ($p > 0,05$) до лечения у пациентов с ХГП тяжелой степени.

При изучении динамики изменений показателей жевательной эффективности установлено, что их цифровые значения у обеих групп пациентов до лечения составляли близкие по значению величины. Однако уже на 11-й день лечения у основной группы эти показатели были несколько лучше, нежели у группы сравнения. Проведенные исследования через 12 месяцев после лечения показали, что у пациентов основной группы показатели жевательной эффективности оставались выше таковых группы сравнения (табл. 2).

Морфологический анализ репаративных процессов у больных с ХГП с применением интрадентальных шин показал, что к 31-му дню в тканях десны стихали экссудативные явления, уступив место развертывающимся регенераторным процессам. Установлено, что регенерация на значительных участках десны (77,2% площади на гистологических препаратах) привела к восстановлению структуры соединительно-тканной основы слизистой десны.

Восстановление структуры слизистой десны при использовании общеизвестных шинирующих конструкций произошло только на площади 30,5%. Это нашло свое отражение и в морфометрических показателях (табл. 3).

Площадь регенерации тканей оказалась неполной на большей территории у пациентов группы сравнения, которым были изготовлены общепринятые ортопедические шинирующие конструкции. Речь идет о той части регенерата, которая подверглась фиброзно-склеротическим

Результаты морфометрических исследований слизистой оболочки десны при лечении ХГП ($M \pm m$)

Метод лечения и номера групп больных	Число больных	Продолжительность лечения, дни	Толщина эпителиального покрова, мкм	Диаметр капилляров в сосочковом слое, мкм	Суммарная площадь клеточных инфильтратов в сетчатом слое, %	Суммарная площадь очагов склероза в сетчатом слое, %
До лечения (1)	37	-	568 $\pm$ 25	9,9 $\pm$ 0,2	81,2 $\pm$ 7,3	10,4 $\pm$ 0,9
Шинирование литыми интрадентальными шинами (2)	18	30	258 $\pm$ 30 $p_{1-2} < 0,001$ $p_{2-3} > 0,5$	8,0 $\pm$ 0,4 $p_{1-2} < 0,001$ $p_{2-3} > 0,5$	4,3 $\pm$ 1,1 $p_{1-2} < 0,001$ $p_{2-3} < 0,02$	18,5 $\pm$ 3,6 $p_{1-2} < 0,05$ $p_{2-3} > 0,5$
Шинирование общеизвестными конструкциями (3)	19	30	274 $\pm$ 32 $p_{1-3} < 0,001$	7,7 $\pm$ 0,4 $p_{1-3} < 0,001$	10,1 $\pm$ 1,8 $p_{1-3} < 0,001$	18,6 $\pm$ 3,0 $p_{1-3} < 0,05$

изменениям и содержала клеточные инфильтраты. Площадь, занимаемая ими, составила 69,5%, тогда как в основной группе только 22,8%, т. е. в 3 раза меньше.

Проведенное комплексное лечение 37 больных с ХГП средней и тяжелой степени с применением различных шинирующих ортопедических конструкций дало положительный результат в обеих группах пациентов. Так, к 30-му дню на большей части сетчатой зоны десны восстанавливались мягкие ткани, нормализовался эпителиальный покров. Однако давал о себе знать существенный недостаток общепринятых шинирующих ортопедических конструкций, состоящий в том, что они в значительной мере не исключали травматизации подлежащей (маргинальной) части слизистой десны. В результате этого в регенерате нарастал объем патологически измененных тканей за счет гистиолимфоцитарных инфильтратов. Это свидетельствовало об интенсификации аутоиммунных процессов, которые в дальнейшем могут привести к возникновению как острых, так и вялотекущих патологических изменений пародонтальных тканей.

Рентгенологическая картина пародонтального комплекса у пациентов обеих групп характеризовалась положительной тенденцией к стабилизации деструктивных процессов в костной ткани челюстей и альвеолярных отростков. Определялось прекращение образования новых очагов деструкции кости и костных карманов. Однако на рентгенологических снимках у пациентов основной группы проявлялись более активные репаративные процессы костных структур, чем в группе сравнения. Несколько более отчетливо проявлялась регенерированная костная структура на вершинах межзубных перегородок и краю альвеол. Контуров границ разрушенных межзубных альвеолярных перегородок были выражены более четко, достоверно уменьшался просвет в периодонтальной щели, губчатая ткань кости приобретала подобие сетки переплетенных полосок (активнее, чем в группе сравнения, восстанавливались костные балочки), исчезали очаги остеопороза, отмечалась явная тенденция к остеинтегральной перестройке костной структуры.

Следовательно, полученные результаты проведенных нами клинических, морфологических и рентгенологических исследований свидетельствуют о принципиальной возможности влиять на ход и результаты регенеративного процесса в пародонтальных тканях ортопедическими шинирующими конструкциями. Морфологическими исследованиями показано,

насколько важно устранение местных механических факторов, отрицательно влияющих на регенеративный процесс. В этой связи приобретает особую значимость применение интрадентальных литых металлических шин для иммобилизации подвижных зубов, исключающей травматизацию тканей пародонта.

Таким образом, применение интрадентальных литых металлических шин при заболеваниях тканей пародонта позволяет повысить эффективность ортопедического лечения, активнее купировать острые воспалительные процессы, стабилизировать деструкцию костной ткани, стимулировать остеинтегральную перестройку и добиться более длительной ремиссии патологического процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аболмасов Н. Г. Результаты и возможности комплексного лечения заболеваний пародонта (клинико-экспериментальное исследование) // Стоматология. 2001. № 1. С. 83–87.
2. Жулев Е. Н. Клиника, диагностика и ортопедическое лечение заболеваний пародонта. Нижний Новгород: изд-во НГМА, 2003. 279 с.
3. Заболевания пародонта / Под общей ред. проф. Л. Ю. Ореховой. М.: Поли Медиа Пресс, 2004. 432 с.
4. Канкян А. П., Леонтьев В. К. Болезни пародонта: Новые подходы в этиологии, патогенезе, диагностике, профилактике и лечении. Ер.: Тигран Мец, 1998. 360 с.
5. Пирс Э. Гистохимия теоретическая и прикладная. М.: Мир, 1962. 963 с.
6. Стариков Н. А. Ортопедические методы в комплексном лечении пародонтита // Стоматология: Материалы IV съезда Стоматол. ассоциации России. 1998. Спец. вып. С. 54.
7. Сычева Н. Л., Сычев В. А. Способ дифференцированной окраски биологической ткани альциановым синим // Матер. 18-й Всерос. науч. конф. с междунар. участием «Физиология и патология пищеварения». Краснодар, 2002. С. 239–240.

**V. L. POPKOV, N. L. SYCHOVA,
E. L. KARASULOVA, L. V. POPKOVA,
I. A. FILCHUKOVA**

ADVANCED METHOD OF SPLINTING IN THE CASES OF INFLAMMATORY PERIODONTAL DISEASES

Subject of the investigation was comparison of the different possibilities in splint-bandaging in the treatment