

антирадикального й антиперекисного захисту, що підтверджується зниженням активності каталази крові, глутатіонпероксидази еритроцитів, вмісту відновленого глутатіону та сульфгідрильних груп крові на фоні підвищення активності супероксиддисмутази еритроцитів та церулоплазміну сироватки крові. Найбільш вираженими зміни показників були при середньому та тяжкому ступені перебігу хвороби та у випадку поєднання з гіпертонією.

Ключові слова: псоріатична хвороба, гіпертонія, антиоксидантна система.

Стаття надійшла 21.01.10.

systems antiradical and antiperoxydation protection that proves to be true depression of activity of a catalase of blood, glytationperoxydase of erythrocytes, maintenances updated of glytation and sulfhydryl groups of blood against activity rising superoxydismutase of erythrocytes and a blood serum hepatocuprein. The most expressed changes of indicators were at average and serious degree of disease and in combination with hypertension.

Key words: psoriasis, hypertension, antioxidatic system.

УДК 616.314-77

СПЕЦИАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕФЕКТОВ ЗУБНОГО РЯДА, ОСЛОЖНЕННЫХ ПАРОДОНТИТОМ

З.И. Гараев, В.И. Алиев
Азербайджанский медицинский университет, г. Баку

Нормализация окклюзионных и силовых взаимоотношений зубных рядов, иммобилизация сохраненных зубов остаются актуальными проблемами ортопедического лечения пародонтита, осложненного частичной потерей зубов. Различия в пародонтальном статусе и клинической ситуации полости рта исследуемого контингента больных требуют особого подхода при конструировании дуговых протезов, необходимости проведения специальных методов исследования. Избирательное пришлифовывание зубов на основе окклюзиограмм, измерение податливости слизистой оболочки протезного ложа являются необходимым важным атрибутом на этапах изготовления и сдачи бюгельных конструкций создаваемых на основе математических расчетов их элементов.

Ключевые слова: дефекты зубного ряда, ортопедическое лечение, пародонтит.

Заболевания тканей пародонта на сегодня остаются наиболее актуальной общемедицинской и социальной проблемой стоматологии. Ортопедические мероприятия при заболеваниях тканей пародонта, осложненных частичной потерей зубов, составляет значительную часть в общей структуре оказания стоматологической ортопедической помощи. Результаты возмещения дефектов зубных рядов протезами определяются степенью измельчения пищевых веществ, реакциями периодонта и десны на циклическую механическую нагрузку. Эти два критерия зависят от функционального состояния и реактивных свойств опорных тканей и характера распределения жевательной нагрузки между опорными структурами. Приспособленность пародонта к функциональным нагрузкам обуславливает развитие компенсированных механизмов, динамика которых диктуется конкретными ситуациями, связанными с воздействием экзо- и эндогенных факторов. Заболевания тканей пародонта, особенно осложненные дефектами зубных рядов, сопровождаются неадекватным распределением жевательных усилий, что может привести зубочелюстную систему в состояние суб- или декомпенсации. Характерной особенностью последнего является образование травматических узлов и травматической артикуляции, играющих главную роль в дальнейшем развитии патологического процесса. В связи с этим основной задачей ортопедических мероприятий в комплексной лечении заболеваний тканей пародонта остается перераспределение жевательной нагрузки и иммобилизации подвижных зубов. Ортопедическое лечение при пародонтите направлено на нормализацию окклюзионных и силовых взаимоотношений между зубами, стабилизацию подвижных зубов и перераспределение жевательных усилий на ткани протезного ложа. Лечение носит восстановительный и профилактический характер и должно учитывать форму и характер течения заболевания, степень атрофии и подвижности зубов, топографию и протяженность дефектов зубных рядов. Устранение функциональной травматической перегрузки пародонта возможно только ортопедическим путем и включает в себя избирательное пришлифовывание зубов, ортодонтические вмешательства, шинирование и рациональное протезирование.

Необычная по направлению, величине и времени действия функциональная нагрузка пародонта имеет место в случаях аномалийного положения зубов, деформациях зубных рядов, аномалиях прикуса, а также может явиться результатом некачественного пломбирования или протезирования. Под влиянием этих факторов возникает первичная травматическая окклюзия, с локализацией процесса только в области перегруженных зубов. Снижение сопротивляемости тканей пародонта делает даже обычную нагрузку чрезмерной и приводит к образованию вторичной травматической окклюзии во всем зубном ряду. Для устранения травматической перегрузки зубов используют методику избирательного пришлифовывания, которую лучше осуществлять после снятия острых воспалительных явлений [3, 9].

Целями избирательного пришлифовывания принято считать: устранение травматической нагрузки в пародонте, снятие травмы твердых тканей зубов и пульпы, распределение нагрузки по оси зуба, создание устойчивой центральной окклюзии, устранение окклюзионных нарушений перед протезированием и по его окончании, профилактика и лечение заболеваний пародонта. Манипуляция требует постоянного контроля при ее проведении, так как возможны осложнения, которые сводятся к снижению окклюзионной высоты, гиперестезии твердых тканей зуба, перегрузки одних зубов с недогрузкой других. Методика заключается в определении суперконтактов с помощью окклюдозаграммы и шлифовывании тех скатов бугров, которые мешают равномерным срединно-сагиттальным движениям нижней челюсти. В.А. Хватова считает целесообразным проводить избирательное пришлифовывание в течение 3-4 посещений с интервалом в неделю, полируя зубы после каждой процедуры, и обрабатывая их фторлаком. Методика широко используется в клинике ортопедической стоматологии, дает хорошие результаты, поскольку улучшает микроциркуляторные процессы в тканях пародонта, замедляет темпы перестройки костной ткани [7, 8].

Для длительной иммобилизации подвижных зубов используют постоянные шины-протезы, к которым относятся как несъемные так и съемные конструкции. Они равномерно распределяют жевательную нагрузку на оставшиеся зубы и альвеолярные отростки, устраняют дефект, позволяют восстановить утраченные функции и эстетические нормы. Несмотря на обилие методик и конструктивных решений проблемы стабилизации подвижных зубов, бюгельные протезы остаются самыми востребованными в комплексном лечении заболеваний пародонта, осложненных потерей части естественных зубов. Именно они способны правильно и рационально перераспределить жевательные усилия на все ткани протезного ложа, а наличие шинирующих элементов достаточно надежно стабилизирует подвижные зубы [4]. Вместе с тем эффективность любой конструкции дугового протеза обусловлена законами клинической биомеханики, которая изучает двигательную активность человека в норме и при патологии. Подчеркивая преимущества дуговых протезов многие исследователи единодушно признают тот факт, что опираясь на биологически различные структуры дуговые протезы способны компенсировать потенциальные различия в восприятии нагрузки тканями протезного ложа и способствовать сохранению их нормального физиологического состояния. При различном количестве опорных зубов, варьировании упругих свойств слизистой оболочки, вертикальной и горизонтальной резорбции костной ткани в зоне опорных зубов или под базисом протеза удалось установить, что основная часть жевательных усилий передается на слизистую оболочку протезного ложа, небольшая часть нагрузки передается на опорный зуб. Атрофия костной ткани приводит к увеличению действующего напряжения в зоне корней опорных зубов и увеличению подвижности последних. Увеличением количества опорных зубов можно добиться выравнивания действующих усилий [1, 6].

Целью работы было повышение качества ортопедического лечения больных пародонтитом, осложненным частичной потерей зубов. Ее достижение предусматривало проведение специальных клинических методов исследования как окклюдозография и измерение податливости слизистой оболочки протезного ложа. Протезирование включало изготовление дуговых протезов, имеющих свои особенности в планировании элементов конструкции на основе математических расчетов [2].

Материал и методы исследования. В нашем исследовании нами использовался специальный тест, который служит для выявления преждевременных или отсутствующих контактов антагонизирующих пар зубов. Для его проведения на пластинке базисного воска, вырезанной по форме челюсти, получают отпечатки зубов, сомкнутых в центральной окклюзии. Равномерные множественные контакты характеризуют нормограмму; прежде-

временные контакты на восковой пластинке представлены отверстиями, отсутствие таковых может говорить о выключении отдельных антагонизирующих пар из акта жевания. Отпечатки окклюдозаграммы переводятся на жевательные поверхности и режущие края антагонизирующих пар зубов, после чего проводится их щадящее пришлифовывание, которое предусматривает создание множественных контактов. Тем самым обеспечивается равномерное распределение жевательного давления [5, 9, 11, 12, 13]. Поскольку дуга бюгельного протеза жестко связана с базисом и опорными элементами, представляет интерес характер распределения с ее помощью усилий на подлежащие ткани. При этом способность слизистой оболочки альвеолярных отростков и неба деформироваться, определяется коэффициентом податливости, который учитывает упругие ее свойства и может быть установлен опытным путем в каждом отдельном случае (10).

Степень податливости слизистой оболочки определяли с помощью прибора, созданного на кафедре ортопедической стоматологии и имплантологии Украинской медицинской стоматологической академии. Взяв за основу известную в литературе схему зон измерения степени податливости слизистой оболочки протезного ложа у больных с полным отсутствием зубов, мы несколько упростили ее с учетом особенностей конструкции дугового протеза. В связи с этим верхняя челюсть была разделена на 8 зон: альвеолярный отросток в области моляров, премоляров и клыков (зоны 1-6) и небные свод в его средней и задней третях. Нижняя челюсть ограничена 6 участками альвеолярного отростка в области моляров, премоляров и клыков. Таким образом, были охвачены все зоны контакта элементов дугового протеза с тканями протезного ложа (рис.1).



Для решения поставленных задач нами набраны группы пациентов в возрасте от 45 до 65 лет, обоюбого пола, обратившихся с жалобами на затрудненный прием пищи в связи с потерей большого количества естественных зубов. Принципиальным отличием сформированных клинических групп явились данные пародонтального статуса и конструктивные особенности протезов, предназначенных для устранения патологии. На этом основании в первую клиническую группу вошло 27 человек с легкой степенью тяжести генерализованного пародонтита и дефектами зубных рядов разного класса по Кеннеди. Вторую клиническую группу составили 16 человек с выраженной средней степенью тяжести пародонтита, осложненного дефектами зубных рядов I и II классов по Кеннеди.

Результаты исследования и их обсуждение. На этапе до начала лечения процедура изучения межокклюзионных взаимоотношений (окклюдозаграмма) носит чисто условный характер. Супраконтакты в области оставшихся пар антогонистов надо проверять не только в положении центральной, но и в передней и боковых окклюдиях. В случаях наличия супраконтактов имеет смысл провести избирательное пришлифовывание, поскольку основной задачей ортопедического лечения остается рациональное распределение жевательных усилий. Этот тест приобретает немаловажное значение на завершающем этапе лечения, при наложении готовой конструкции. В период адаптации все последующие коррекции протезов необходимо начинать с проверки окклюдии.

Клинические условия в полости рта пациентов I группы обусловлены потерей, в основном, боковых зубов, поэтому в наших исследованиях не оказалось лиц с нормограммой, как не было и выраженных окклюдозаграмм дистального типа. Вместе с тем у большинства пациентов (17 человек) определен фронтальный характер межокклюзионных взаимоотношений, а у 10 человек – смешанный. В процессе изготовления ортопедических конструкций возникла необходимость распределения функциональной нагрузки на опорные зубы и слизистую оболочку протезного ложа, для чего понадобилось изучение податливости последней. Эти исследования выполнены с учетом топографии дефектов и мест расположения элементов протеза и приведены в сводной таблице 1. Эти обстоятельства были учтены при получении полных анатомических оттисков. Межокклюзионные взаимоотношения в зубных рядах второй группы нарушены и большей частью соответствуют

фронтальному типу окклюдіограмм. Однак і в участках існуючих нтагоністів визначаються супраконтакти, на наш погляд, що вимагаються в пришлифовуванні. Во другій клінічній групі при вивченні ступеня податливості слизової оболонки в різних участках протезного ложа отримані дані, які сведені в таблицю 2.

Таблиця 1

Величини податливості слизової оболонки протезного ложа (I клініч. група)

№ протокола	Зони вимірювання податливості слизової							
	1	2	3	4	5	6	7	8
1	-	-	-	-	0,4	0,4	0,5	0,5
6	0,6	0,4	-	-	-	0,35	0,6	0,6
8	0,5	-	-	-	-	0,5	0,6	0,7
10	0,4	0,4	-	-	0,4	0,4	0,5	0,6
11	0,3	0,3	-	-	0,3	0,4	0,6	0,5
13	0,4	-	-	-	0,4	0,5	0,4	0,6
14	0,5	0,5	-	-	0,5	0,5	0,5	0,6
15	0,35	0,35	-	-	0,4	0,35	0,4	0,5
17	0,4	-	-	-	0,35	0,4	0,5	0,6
18	-	0,4	-	-	0,4	0,35	0,4	0,5
19	0,25	0,25	-	-	-	0,25	0,3	0,35
20	-	0,3	-	-	0,3	0,4	0,5	0,5
22	-	0,4	-	-	0,5	0,3	0,5	0,6
24	0,6	0,6	-	-	-	0,6	0,5	0,4
25	0,7	-	-	-	-	0,7	0,5	0,5
29	0,6	0,5	-	-	-	0,6	0,6	0,8
30	0,4	0,3	-	-	0,3	0,5	0,6	0,6
31	-	0,4	-	-	0,4	0,3	0,5	0,4
32	0,5	0,45	-	-	0,45	0,4	0,6	0,5
33	0,3	-	-	-	-	0,3	0,5	0,6
34	0,6	-	-	-	0,5	0,6	0,6	0,7
36	0,2	-	-	-	0,4	0,2	0,5	0,5
37	0,4	0,4	-	-	0,4	0,4	0,5	0,5
39	0,4	-	-	-	0,4	0,4	0,6	0,5
41	0,3	0,5	0,5	-	0,5	0,4	0,5	0,6
42	-	0,35	0,35	-	0,35	0,4	0,5	0,5
43	0,25	-	-	-	0,3	0,25	0,4	0,4

Таблиця 2

Величини податливості слизової оболонки протезного ложа (II клініч. група)

№ протоколов	Зони вимірювання податливості слизової							
	1	2	3	4	5	6	7	8
2	0,3	0,3	-	-	-	0,3	0,5	0,6
3	0,2	0,2	-	-	-	-	0,4	0,5
4	0,5	-	-	-	0,4	0,5	0,6	0,5
5	0,2	-	-	-	-	0,2	0,7	0,5
7	0,6	0,6	-	-	0,6	0,6	0,6	0,5
9	0,4	0,4	-	-	0,4	0,4	0,5	0,4
12	0,5	-	-	-	0,4	0,5	0,6	0,4
16	-	0,3	-	-	-	0,3	0,5	0,5
21	0,4	0,4	-	-	0,4	-	0,6	0,4
23	0,3	-	-	-	0,35	0,35	0,5	0,5
26	-	0,25	-	-	-	0,25	0,5	0,4
27	0,6	0,6	-	-	0,6	0,6	0,7	0,6
28	0,55	-	0,4	0,3	-	-	0,5	0,6
35	-	0,35	-	-	0,35	0,4	0,6	0,6
38	0,3	0,3	-	-	0,3	0,3	0,5	0,4
40	-	0,4	-	-	0,4	0,5	0,6	0,5

Таким чином, помірно податлива слизова оболонка в межах всього протезного ложа виявлена у 9 пацієнтів, а в семи випадках помірно податлива чергувалася з мало податливою слизовою в симетричних участках щелеп.

При клінічному огляді пацієнтів другої групи встановлено необхідність виготовлення знімних конструкцій і на нижню щелепу, що потребувало визначення ступеня податливості слизової оболонки протезного ложа нижньої щелепи (4 пацієнта).

Висновки

1. Окклюзография и избирательное пришлифовывание антагонизирующих пар зубов должны стать обязательной манипуляцией на всех этапах ортопедического лечения.
2. Во избежание перегрузки пародонта опорных зубов и рационального распределения жевательной нагрузки на ткани протезного ложа необходимо определять степень податливости слизистой оболочки в области неба и беззубых участков челюстей.
3. Предлагаемые математически обоснованные конструкционные особенности дуговых протезов позволяют активизировать резервные возможности пародонта, предупредить осложнения и получить достаточно стойкий клинический результат лечения. Подводя итог клинической части исследований, следует отметить, что состояние тканей протезного ложа и выраженность патологического процесса предполагают изготовление протезов, конструктивные особенности которых математически обоснованы и соответствуют условиям в полости рта.

Література

1. Алиев В.И. Ортопедическое лечение генерализованного пародонтита, осложненного частичным отсутствием зубов / Вестник стоматологии Кавказа, 2009, №15, с. 35-37/.
2. Алиев К.А., Алиев В.А., Гараев З.И. Математический расчет элементов бюгельного протеза с опирающейся дугой при двусторонних концевых дефектах зубного ряда, осложненного пародонтитом // Теоретическая и прикладная механика; Ж.- Баку, 2008, №4, с. 100-106.
3. Зайцев Л.А. Лечение генерализованного пародонтита, осложненного большими дефектами зубных рядов // Вісник стоматології.-1997.-№4.-С. 75-76.
4. Логинова Н.К., Гусева И.В., Зайцева И.В. Окклюзионные силы // Стоматология.-1999.-№6.-С. 51-56.
5. Неспрядько В.П., Жегулович З.Е., Али Чаби Оценка состояния окклюзии зубных рядов у больных генерализованным пародонтитом // Матеріали ІІ (ІХ) з'їзду Асоціації стоматологів України.-Київ.-2004.-С.23-24.
6. Никонов А.Ю., Погорелая А.В., Шепенко А.Г. Клинические результаты лечения дистально неограниченных дефектов зубных рядов бюгельными протезами // Вопросы экспериментальной и клинической стоматологии.-Харьков.-2003.-Вып.6.-С. 228-231.
7. Оливье Ю. Коррекция окклюзионных контактов естественных зубов. Показания и способы осуществления окклюзионной коррекции // Проблемы нейростоматологии и стоматологии.-1998.-№2.-С. 38-43.
8. Рязанцев Э.Я., Голик В.П. Избирательное пришлифовывание зубов под контролем индивидуальной окклюзионной поверхности // Вопросы экспериментальной и клинической стоматологии.-Харьков.-2001.-Вып. 4.-С. 95-97.
9. Хватова В.А. Гнатологические принципы в диагностике и лечении патологии зубочелюстной системы. Избирательное сошлифовывание зубов // Новое в стоматологии.-М.-2001.-№2.-58 с.
10. Чуйко А.Н., Бережная Е.О. Подвижность и податливость зуба. Биомеханический анализ // Стоматолог.-2001.-№4.-С. 15-19.
11. Ramfiord S. Individuell optimale okkluzion // Quintessenz Verlag.-1992. S. 369-410.
12. Sakagama R., Kato H. The relationship between the severity of periodontitis and occlusal conditions monitored by the K6. Diagnostic System // J. Oral Rehabil.-1996.-N9.-P. 615-621.
13. Schulman J., Zeno A. A new technique for making occlusal devices // G. Prosthet. Dent. -1990.-Vol. 63. -N 4. .P. 482-485.

Реферати

СПЕЦІАЛЬНІ КЛІНІЧНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРИ ОРТОПЕДИЧНОМУ ЛІКУВАННІ ДЕФЕКТІВ ЗУБНОГО РЯДУ, УСКЛАДНЕНИХ ПАРОДОНТИТОМ Гараев З.И., Алиев В.И.

Нормалізація оклюзійних і силових взаємин зубних рядів, іммобілізація збережених зубів залишаються актуальними проблемами орто-педичного лікування пародонтита, ускладненого частковою втратою зубів. Розходження в пародонтальному статусі й клінічній ситуації порожнини рота досліджуваного контингенту хворих вимагають особливого підходу при конструюванні дугових протезів, необхідності проведення спеціальних методів дослідження. Вибіркове пришліфування зубів на основі окклюзіограм, вимір піддатливості слизової

SPECIAL METHODS OF THE RESEARCH AT ORTHOPEDIC TREATMENT OF PARTIAL LOSS OF THE TEETH COMPLICATED WITH PERIODONTITIS Garaev Z.I., Aliev V.I.

Normalization of the occlusive and power interrelations of the teeth lines, immobilization of the stored teeth maintains the actual problems of the orthopedic treatment of the periodontitis, complication with the partial loss of the teeth. Difference in the periodontal status and clinical situation of the mouth cavity of the examined patients demand the special approach during the construction of the arch prosthesis, the necessity of the conduction of the special methods of the research. Elective grinding of the teeth on the basis of the occlusiograms, the metering of the pliability of the mucous tunic of the

оболонки протезного ложа є необхідним важливим атрибутом на етапах виготовлення й здачі бюгельних конструкцій створюваних на основі математичних розрахунків їх елементів.

Ключові слова: дефекти зубного ряду, ортопедичне лікування, пародонтит.

Стаття надійшла 28.01.10.

prosthesis box is the necessary important attribute on the levels of the preparation and handling over the clasp constructions, creating on the basis of the mathematical calculations and their elements.

Key words: partial loss of the teeth, orthopedic treatment, periodontitis.

УДК. 616.314-089.29.3.

ПОКАЗАНИЯ К СОХРАНЕНИЮ ПРИГОДНЫХ ДЛЯ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ОДИНОЧНО СТОЯЩИХ КОРНЕЙ И ЗУБОВ

А.В. Дембицкий
ВГУЗ Украины, «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава

В статье проанализировано состояние одиночно стоящих зубов и корней у 37 пациентов обоего пола в возрасте от 55 до 70 лет. В результате клинко-рентгенологических исследований определена возможность их использования в качестве элементов фиксации в съемных покрывных протезах. Как показали наблюдения из общего количества осмотренных зубов и корней 60,7 % пригодны для дальнейшего протезирования и могут обеспечить дополнительную фиксацию и стабилизацию конструкций.

Ключевые слова: одиночные зубы и корни, показания к сохранению.

Проблема сохранения одиночно стоящих корней и зубов до сих пор не потеряла актуальности и постоянно дискутируется в специальной литературе [2, 7, 9]. Это обусловлено их способностью воспринимать вертикальные нагрузки, разгружая участки слизистой оболочки, существенно уменьшать степень атрофии альвеолярного гребня. Рецепторный аппарат периодонта сохранившихся зубов обеспечивает более высокую тактильную чувствительность, что создает условия для более эффективного функционирования зубопротезных конструкций [5, 6, 7].

Кроме того, оставшиеся зубы могут значительно изменить конструкцию протеза, способствуя его фиксации и стабилизации [2, 3]. Последнее обстоятельство можно объяснить разным анатомическим строением челюстей, в связи с чем отдельные авторы высказываются за необходимость удаления одиночных зубов и корней на верхней челюсти, поскольку в 75% случаев возможность обеспечения надежной фиксации обусловлена анатомической ретицией и созданием замыкающего клапана [2, 3]. В тоже время частые поломки протезов в местах сохранившихся зубов еще больше расширяют показания к удалению последних. Несмотря на это в последнее время это положение пересматривается многими авторами, которые полагают, что сохранение последнего зуба целесообразно особенно впервые протезируемых пациентов, это придает им большую уверенность в общении уже с первых дней адаптации к протезу. Не менее важен и тот факт, что удаление последней пары зубов-антагонистов приводит к потере фиксированной высоты прикуса, что влечет за собой преждевременную и сложную перестройку нервно-рефлекторной регуляции функции жевательных мышц [1, 4, 5].

И, наконец, нельзя игнорировать тот факт, что для некоторых людей потеря последнего зуба является тяжелым психоэмоциональным переживанием. Поэтому особенно следует щадить одиночные зубы на нижней челюсти, оставляя даже подвижные II степени, так как условия для фиксации нижнечелюстных протезов за счет функциональной присасываемости отсутствуют, а сохранение любого ретенционного пункта может дать дополнительный положительный эффект при протезировании [4, 6, 8].

Целью работы было определение целесообразности удаления тех корней и зубов, которые могут быть использованы при протезировании.

Материал и методы исследования. -для достижения цели с помощью клинических и рентгенологических методов исследования изучено состояние одиночных зубов и корней у