

ДИАГНОСТИКА ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ПАРОДОНТИТЕ

Шербоева М.Х., Садикова И.Я., Рахмонова Ф.М.,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ Резюме

Развитие современной стоматологии сопровождается появлением большого количества новых технологий и стоматологических материалов, что вполне отвечает эстетическим запросам пациентов. Применение композиционных материалов последних поколений дает возможность максимально точно формировать анатомическую форму зубов. Методики выполнения прямых реставраций при восстановлении окклюзионной поверхности зубов достаточно просты и выполнимы в условиях амбулаторного стоматологического приема. Однако полностью восстановить физиологические окклюзионные соотношения зубов при реставрации жевательных поверхностей прямым методом весьма сложно. Кроме того, при постановке пломб из композиционных материалов происходит деформация бузров зубов.

Ключевые слова: пародонт, воспалительный процесс, окклюзия, зуб, жевательная поверхность.

ГЕНЕРАЛИЗАЦИЯЛАШГАН ПАРОДОНТИТЛАРДА ТРАВМАТИК ОККЛЮЗИЯЛАРНИ ТАШХИСОТИ

Шербоева М.Х., Садикова И.Я., Рахмонова Ф.М.,

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме

Замонавий стоматологиянинг ривожланиши беморларнинг эстетик эҳтиёжларини тўлиқ қондирадиган қўлаб янги технологиялар ва стоматологик материалларнинг пайдо бўлиши билан бирга келади. Энг сўнгги авлодларнинг композит материалларидан фойдаланиш тишларнинг анатомик шаклини аниқроқ шакллантириш имконини беради. Тишларнинг окклюзион юзасини тиклашда тўғридан-тўғри тикланиш усуллари амбулатория стоматологик амалиётида мумкин ва жуда оддий. Аммо тўғридан-тўғри усул ёрдамида чайнаш юзаларини тиклаш пайтида тишларнинг физиологик окклюзион нисбатларини тўлиқ тиклаш жуда қийин. Бундан ташқари, композит материаллардан пломба қўйишда, туберкулэзнинг деформацияси содир бўлади.

Калит сўзлар: пародонт, яллиғланиш жараёни, окклюзия, тиш, чайнаш юзаси.

DIAGNOSTICS OF TRAUMATIC OCCLUSION IN GENERALIZED PERIODONTITIS

Sherboeva M.X., Sadikova I.Y., Raxmanova F.M.,

Andijan State Medical Institute.

✓ Resume,

The development of modern dentistry is accompanied by the emergence of a large number of new technologies and dental materials, which fully meets the aesthetic needs of patients. The use of composite materials of the latest generations makes it possible to most accurately form the anatomical shape of the teeth. Techniques for performing direct restorations when restoring the occlusal surface of the teeth are quite simple and feasible in an outpatient dental practice. However, it is very difficult to completely restore physiological occlusal ratios of teeth during restoration of chewing surfaces using the direct method. In addition, when placing fillings from composite materials, deformation of the tubercles occurs.

Key words: periodontium, inflammatory process, occlusion, tooth, chewing surface.

Актуальность

Генерализованный пародонтит является распространенной патологией, приводящей к ранней потере зубов, ухудшающей функциональное состояние зубочелюстного аппарата и показатели качества жизни человека [1,2,3]. Стабильное положение зубов и функциональное единство зубного ряда обусловлены балансом между тканями пародонта и окклюзионными взаимоотношениями [4,5].

Прогрессирующая атрофия костной ткани альвеолярных отростков нарушает равновесие и ведет к патологической подвижности зубов, деформации зубного ряда и функциональным нарушениям в различных отделах зубочелюстного аппарата [6,7]. Современные пародонтологи сходятся во мнении, что окклюзионные нарушения являются факторами риска возник-

новения очаговых воспалительно-дистрофических процессов, а при генерализованном пародонтите значительно отягощают течение и ухудшают прогноз лечения [8-9].

Многофакторность патогенеза генерализованного пародонтита обуславливает необходимость применения междисциплинарного подхода, важную роль в комплексном лечении играют ортопедические методы, направленные на устранение травматической окклюзии [4,5]. Ортопедическое лечение проводят с целью нормализации окклюзионных взаимоотношений, профилактики, устранения или ослабления функциональной перегрузки пародонта [1,3,7,9].

Цель исследования: Выявление роли окклюзионных факторов в генезе локализованных пародонтитов и обоснование необходимости функционально оправданных реставраций жевательной поверхности зубов.

Материал и методы

Было обследовано 80 пациентов (в возрасте от 22 до 63 лет) с диагнозом ЛПТЭ. Среди них было 12 мужчин и 68 женщин. Диагноз подтверждали данными клинического осмотра, лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ), рентгенологического исследования. Патологический процесс локализовался преимущественно в области боковых зубов, что связано с большим количеством пломб в этом сегменте челюстей.

Результат и обсуждения

Всем пациентам проводилась профессиональная гигиена полости рта, эндодонтическое лечение зубов по показаниям, медикаментозная обработка пародонтальных карманов*, кюретаж пародонтальных карманов при средней степени тяжести ЛПТЭ и глубине пародонтальных карманов от 3 до 5 мм, заполнение области костного дефекта остеопластическим препаратом.

До хирургического лечения пациентам основной группы изготавливали временные шинирующие пластмассовые мостовидные протезы (межзубные вкладочные шины из пластмассы), проводили препарирование зубов в области пародонтального кармана и фиксировали пластмассовые коронки на временный цемент. После наложения швов временный пластмассовый протез фиксировали на зубах, предварительно скорректировав десневой край коронок для обеспечения эффективной гигиены послеоперационной области.

В группе сравнения на первом этапе лечения проводили замену неполноценных реставраций с созданием плотного контактного пункта и покрытие зубов одиночными временными пластмассовыми коронками. После хирургического лечения и заживления тканей десны через 21 день осуществляли замену одиночных коронок, мостовидных протезов на металло-керамические конструкции, а также изготавливали межзубные вкладочные шины с использованием системы для непрямой реставрации**.

В процессе исследования возникла необходимость разделения клинических случаев на типы в зависимости от локального стоматологического статуса.

Из приведенных данных следует, что подавляющую часть случаев заболевания ЛПТЭ составляет I тип локального стоматологического статуса, когда локальный воспалительный процесс находился в области интактных и/или запломбированных зубов. Данный факт подтверждается также наличием большого количества запломбированных зубов у пациентов 30-40 лет и малым количеством коронок у них. Таким образом, существует взаимосвязь, с одной стороны, между дефектными реставрациями зубов, неплотным прилеганием стенок зубов в месте контактного пункта и распространенностью I типа локального стоматологического статуса при ЛПТЭ – с другой стороны.

После проведения профессиональной гигиены полости рта все пациенты отмечали общее улучшение самочувствия и комфорта в полости рта, но в области локального пародонтального кармана неприятный запах и дискомфорт не исчезли, пища по-прежнему застревала между зубами и вызывала распирающее и болевое ощущение. После фиксации мостовидных протезов и временных коронок, на которых

был воссоздан плотный контактный пункт между зубами, пациенты обеих групп отмечали уменьшение субъективного дискомфорта после приема пищи, что связано с прекращением застревания пищевых волокон между зубами. Но в группе сравнения пациенты продолжали пользоваться зубными нитями для очищения межзубного пространства. В ходе исследования установлено, у всех пациентов основной группы после шинирования зубов в области пародонтального кармана происходило быстрое заживление раны и исчезновение симптомов воспаления (на 4 сутки). Отмечали отсутствие дискомфорта во время приема пищи, кровоточивости десны, улучшение эмоционального состояния.

Непосредственный исход операции у пациентов с ЛПТЭ средней степени в обеих группах протекал без особенностей. В основной группе процесс заживления пародонта проходил на 3-5 дней быстрее, чем в группе сравнения. Данный факт можно объяснить устранением травмирующего воздействия пищевой нагрузки, а также отсутствием необходимости очищать межзубной промежуток зубной нитью. Промывание лекарственными растворами места операции непосредственно под мостовидным протезом положительным образом сказывалось на сроках заживления. В группе сравнения воздействие лекарственных веществ осуществлялось кратковременно ввиду открытого состояния тканей пародонта.

Эффективность лечения в основной группе сохранялась в течение года наблюдения, состояние десневого края было стабильным, признаков воспаления не отмечалось, плотный контактный пункт обеспечивался мостовидным протезом. У 1 пациента была зафиксирована эпизодическая кровоточивость, связанная с недостаточной гигиеной полости рта, еще 1 пациент отмечал наличие неприятного запаха, также связанное с отсутствием промежуточной гигиены полости рта в течение дня. В группе сравнения положительный эффект лечения сохранялся в течение 4-6 месяцев после фиксации постоянных металло-керамических коронок. В 31,5% случаев у 6 пациентов появилось небольшое расстояние между зубами, пищевые волокна вновь начинали застревать между зубами, хотя целостность коронок и края реставраций оставалась без изменения.

Спустя 3-4 недели после хирургического вмешательства 34 пациентам заменяли временные мостовидные протезы металло-керамическими протезами. У 4 пациентов были изготовлены межзубные вкладочные шины с использованием системы для непрямого реставрации**. У 2 пациентов временные шины были оставлены в качестве основного лечения на период до 6 месяцев. Через полгода при контрольном осмотре таких пациентов результат лечения был стабильным. Пациенты не предъявляли жалоб на дискомфорт и застревание пищи, успешно осуществляли гигиенические мероприятия, слизистая оболочка десневого края в области пародонтального кармана была бледно-розовая, плотная, кровоточивость отсутствовала. На рентгенограмме патологических изменений выявлено не было.

В группе сравнения сроки заживления после кюретажа пародонтального кармана составляли 7-10 дней, все пациенты отмечали отсутствие дискомфорта, неприятного запаха во рту. После полного восстановления тканей пародонта пластмассовые времен-

ные коронки заменяли одиночными постоянными металлокерамическими коронками (16 единиц). Спустя 6 месяцев в основной группе уменьшение пародонтального кармана по данным рентгенограмм составляло от 0,5 до 1,5 мм (23,5%), в то время как в группе сравнения наблюдали уменьшение пародонтального кармана всего до 0,5 мм (15,6%) ($p < 0,05$). Глубина зондирования пародонтального кармана в основной группе после лечения уменьшалась на $0,9 \pm 0,11$ мм, а группе сравнения на $0,45 \pm 0,12$ мм ($p < 0,05$).

В период проведения диагностического этапа лечения с помощью метода ЛДФ было выявлено, что средний показатель микроциркуляции (ПМ) в основной группе пациентов составлял $8,6 \pm 0,4$ перфузионных единиц, а в группе сравнения - $8,7 \pm 0,3$ пф.ед. В зоне контроля на участке здорового пародонта средние значения ПМ составляли $15,1 \pm 0,2$ пф.ед и $14,1 \pm 0,4$ пф.ед. соответственно. В то же время оценивали показатель шунтирования (ПШ), который оценивает соотношение шунтового и нутритивного кровотока. ПШ в основной группе составил $0,8 \pm 0,1$, а в группе сравнения был равен $0,7 \pm 0,1$. Среднее значение ПШ в группе сравнения в зоне контроля составляло $1,2 \pm 0,0$, а в основной группе - $1,1 \pm 0,1$.

Спустя 6 месяцев проводилась повторная оценка этих показателей. В обеих клинических группах было зафиксировано повышение значения перфузии (показателя микроциркуляции). Это свидетельствует об увеличении кровотока в данной области. В основной группе ПМ увеличился на 4 пф. ед. ($12,6 \pm 0,4$ пф.ед., $p < 0,05$), а в группе сравнения на 1,9 пф.ед. ($10,6 \pm 0,4$ пф.ед., $p < 0,05$). Показатель шунтирования в группе сравнения увеличился на 0,2 ($0,9 \pm 0,1$, $p < 0,05$), а в основной группе - на 0,3 ($1,1 \pm 0,1$, $p < 0,05$). ПШ в основной группе после лечения сопоставим с аналогичным показателем в контрольной зоне, в которой он составлял $1,1 \pm 0,1$. ПШ в группе сравнения после лечения не достиг значений ПШ в зоне контроля, хотя имеется тенденция к его увеличению.

Выводы

Частота встречаемости воспалительных ЛП в тканях пародонта у больных в возрасте от 18 до 35 лет составляет 89,1%. Наличие местных травматических факторов, влияющих на формирование локализованных процессов в тканях пародонта, выявлено в 77,9% случаев. В 22,1% наблюдений возникновение воспалительных ЛП в пародонте обусловлено только фактом функциональной перегрузки пародонта реставрированных зубов.

Результаты неэффективной реставрации окклюзионной поверхности зубов приводят к снижению вы-

носливости пародонта к предельной вертикальной нагрузке зубов с пломбами на 37% ($p < 0,001$) и зубов-антагонистов на 36% ($p < 0,001$). При наличии супра-контактов снижение выносливости пародонта в пломбированных зубах составляет 35%, зубах-антагонистах 30%.

Интенсивность микроциркуляции в тканях пародонта зубов с пломбами на окклюзионной поверхности и зубов-антагонистов достоверно изменяется на 10-14% ($p < 0,01$), что сопровождается изменением механизмов регуляции микроциркуляторного русла. Результатом этого процесса является достоверное изменение гемодинамики, которое в условиях инфицирования сопровождается развитием локального воспалительного процесса в пародонте. В пульпе зубов с пломбами на окклюзионной поверхности и зубов-антагонистов происходит достоверное увеличение интенсивности микроциркуляции на 43-54% ($p < 0,05$), что сопровождается изменением механизмов регуляции микроциркуляторного русла. В асептических условиях происходит компенсация нарушений микроциркуляции и острое воспаление не развивается.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ибрагимов Т.И. Актуальные вопросы ортопедической стоматологии с углубленным изучением современных методов лечения. Учебно-методическое пособие. - /М.: Практическая медицина. - 2006. - 256с.
2. Каламкар Х.А. Избранные лекции по ортопедической стоматологии. - /М.: Медицинское информационное агентство. - 2013. - 64с.
3. Лебеденко И.Ю., Ибрагимов Т.И., Ряховский А.Н. Функциональные и аппаратные методы исследования в ортопедической стоматологии. /Учебное пособие. - М. ООО "МИА". - 2013. - 128с.
4. Орехова Л.Ю., Прохорова О.В., Кудрявцева Т.В. Методы исследования микроциркуляции пародонта и пульпы зуба. // Материалы научно-практической конференции "Методы исследования микроциркуляции в клинике. - СПб. - 2011. С. 4548.
5. Цепов Л.М., Николаев А.И. Диагностика и лечение заболеваний пародонта. /Изд. 2-е, испр. и доп. М.: МЕДпресс-информ. - 2014. - 200с.
6. Gonzalez-Lopez S, De Haro-Gasquet F, Vilchez-Diaz MA, Ceballos L, Bravo M. Effect of restorative procedures and occlusal loading on cuspal deflection. Oper Dent. - 2006. - Vol.31.-№1.- P.33-38.
7. Kerdvongbundit V, Sirirat M, Sirikulsathean A, Kasetsuwan J, Hasegawa A. Blood flow and human periodontal status. // Odontology. 2012. -Vol.90 -№1.-P.52-56.
8. Pantelic D, Blazic L, Savic-Sevic S, Panic B. Holographic detection of a tooth structure deformation after dental filling polymerization. //J Biomed Opt. 2017. - Vol. 12 - №2. - P.24-26.
9. Vag J, Fazekas A. Influence of restorative manipulations on the blood perfusion of human marginal gingiva as measured by laser Doppler flowmetry. //J Oral Rehabil. 2012. - Vol.29. - №1. - P.52-57.

Поступила 09.10.2020