

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ШИНУВАННЯ У ПАЦІЄНТІВ З ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМ ПАРОДОНТИТОМ І – ІІ СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ, УСКЛАДНЕНИМ ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ ДЕФОРМАЦІЯМИ

ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ» (м. Київ)

*ІС НМАПО імені П. Л. Шупіка (м. Київ)

stars_in_dent@mail.ru

Дана робота є фрагментом комплексної науково-дослідної роботи кафедри ортопедичної стоматології ІС НМАПО імені П. Л. Шупіка «Особливості діагностики, лікування та реабілітації пацієнтів з дефектами зубних рядів», № державної реєстрації 0199U000255.

Вступ. В етіології та патогенезі хвороб пародонта велику роль відіграють зубощелепні деформації. Нерідко спостерігаються деформації зубних рядів у вестибуло-оральному та мезіодістальному напрямку зі зміщенням окремих зубів, які ускладнюють перебіг захворювання [1].

Якщо пародонтит або пародонтоз розвивається на тлі зубощелепних аномалій, то ці деформації спостерігаються значно частіше, виражені яскравіше і характеризуються своєрідною клінічною картиною [9].

Ортодонтичне лікування зубощелепних аномалій та деформацій має особливе значення у профілактиці та терапії початкової стадії захворювань пародонту, тому є патогенетичним, бо усуває один з найважливіших патогенетичних факторів – травму пародонту[4].

Але досі питання щодо ортодонтичного лікування, особливо на початкових стадіях захворювання пародонту, хоча і має багато прихильників, не знайшло ще однозначного рішення.

Первинна травматична оклюзія розвивається на тлі неураженого (інтактного) пародонту в результаті дії надмірного за величиною оклюзійного навантаження.

Стабілізації рухомих зубів може досягти і терапевт, коли зніме запалення ясен при пародонтиті І – ІІ ступеня. Але коли рухомість більш виражена та ще й, крім того, є дефекти зубного ряду або зубощелепні деформації, то необхідне комплексне лікування тканин пародонта. Поряд з терапією ураження та захворювання пародонта вирішальне значення має відповідна санація порожнини рота, а також вирівнювання оклюзії та артикуляції ортопедичним методом – шинуванням, направлені на усунення одних із найважливіших патогенетичних факторів – травму пародонта. Виготовленню шин передують ретельний аналіз можливості стабілізації зубів, які залишилися, та їх згрупування. Найкращий результат

при шинуванні досягається у випадку, коли шина об'єднує зуби, лінії рухливості яких лежать в площинах, які пересікаються. Багатошанкові шини за своїми фіксуючими властивостями поступаються суцільним (монолітним) шинуючим апаратам [4,9].

Останнім часом у міжнародній практиці простежується тенденція до використання нових матеріалів для знімних протезів – термопластів, які дають можливість відмовитися від металевих фіксуючих елементів [8]. Разом з тим багато авторів вказують на недостатність досліджень їх клінічного застосування [2].

Мета дослідження. На підставі результатів клінічного дослідження обґрунтувати підвищення ефективності ортопедичного лікування захворювань тканин пародонта у осіб з інтактними зубними рядами та дефектами зубних рядів, ускладненим зубощелепними деформаціями, шляхом застосування шин та шино-протезів, виготовлених з термопластичних матеріалів.

Об'єкт і методи дослідження. Для виконання поставлених нами завдань пацієнти були розподілені на групи.

Із здоровим пародонтом і без дефектів зубних рядів та які не потребують ортопедичного лікування 30 пацієнтів увійшло в І (контрольну) групу.

Наступним 17 хворим з інтактними зубними рядами та дефектами зубних рядів на фоні ГП І – ІІ ступеня тяжкості, ускладненим зубощелепними деформаціями, виготовлено 17 шин та шино-протезів. Пацієнти поділені наступним чином :

В ІІ групу – увійшло 8 пацієнтів, яким за класичною методикою виготовлені 8 литих металевих шин (шини Ельбрехта) без використання пластмас (**рис. 1**);

В ІІІ групу – 9 пацієнтам виготовлено 9 вдосконалених шин та шино – протезів, де всі складові конструкцій виконані суцільно пресовано як одне ціле (**рис. 2, рис. 4**) [5,6].

Після накладання шин або шино – протезів протягом двох тижнів для запобігання виникнення травматичної оклюзії, що могло різко знизити жувальну ефективність, проводився додатковий метод

дослідження за допомогою оклюзіографії (рис. 3) та виконувалось вибіркоче пришлифовування.

На пізніх термінах користування ортопедичними конструкціями (6 та 12 місяців) при необхідності проводилася санація ротової порожнини.

З метою вивчення впливу конструкційних матеріалів на стан тканин протезного ложа хворих всіх клінічних груп проведено комплексне клінічне обстеження, що визначало такі показники: стан гігієни порожнини рота (індекс OHI-S, (Green-Vermillion, 1964)), ступінь запалення (показник PMA (Parma, 1960) і кровоточивості ясен (показник SBI (Muhelmann, 1958)), глибину пародонтальних кишень і ступень рухливості зубів.

Діагностику стану кісткової тканини альвеолярного відростка проводили по ортопантомограмам: оцінювали висоту, форму, стан верхівок міжальвеолярних перегородок, ширину пародонтальної щілини, ступінь мінералізації губчастої речовини, стан кортикальної пластинки.

Визначено індексну оцінку гігієнічного стану шин та шино-протезів [3,7].

Статистичну обробку результатів дослідження проводили загальноприйнятим методом за допомогою персонального комп'ютера і пакету статистичних програм «SPSS 11,0 for Windows» і «Microsoft Excel 2000». Достовірність результатів оцінювали по критеріях Стюдента. Відмінності прийняті достовірними при $p < 0,05$.

Результати досліджень та їх обговорення. Величина індексу OHI-S (Green-Vermillion) в I групі пацієнтів (контрольна) в середньому склала $1,18 \pm 0,03$ бала.

Індекс OHI-S (Green-Vermillion) поміж досліджуваними групами до протезування достовірно не різнився та склав у середньому: в II групі – $1,16 \pm 0,03$ бала, в III групі – $1,24 \pm 0,03$ бала. Відтак, початковий рівень гігієни порожнини рота у пацієнтів досліджуваних підгруп на момент звернення інтерпретували як «добрий».

Вихідний стан показнику ПМА склав у пацієнтів I групи – $39,90 \pm 0,91$ бала, в II групі – $50,0 \pm 1,28$ бала, в III групі – $51,33 \pm 1,08$ бала, з вірогідною різницею $p > 0,05$ (табл. 1).

При визначенні показника SBI отримані наступні дані: у I групі 3 пацієнти (10%) мали 1 бал, 13 пацієнтів (43,4%) – 2 бали; 14 пацієнтів (46,6%) – 3 бала; в II групі ($4,62 \pm 0,18$ бали) у 3 пацієнтів (37,5%) спостерігалось 4 бала, а у 5 пацієнтів (62,5%) – 5 балів; в III групі ($4,78 \pm 0,15$ бали) – 7 пацієнтів (77,8%) мали 4 бала, а 2 пацієнта (22,2%) – 5 балів.

Глибина зондування кишень в I групі склала $2,64 \pm 0,06$ мм. При зондуванні пародонтальних кишень у досліджуваних пацієнтів, до використання ортопедичних методів в лікуванні ГП, визначена наступна глибина: в II групі дане дослідження склало $5,0 \pm 0,13$ мм; в III групі – $5,13 \pm 0,11$ мм. Вихідні значення в обох групах були приблизно однаковими і відповідали тяжкості процесу. Пацієнти мали ділянки застійної гіперемії в міжзубних проміжках і маргінальних яснах.

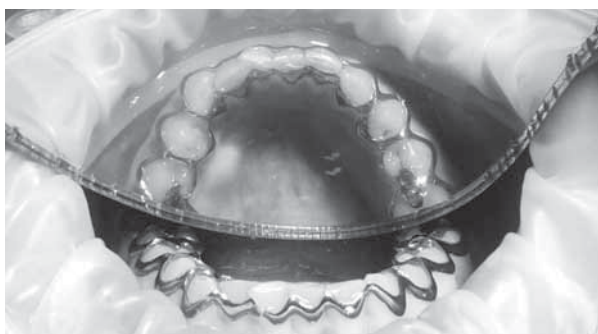


Рис. 1. Шина Ельбрехта в порожнині рота пацієнтки Т., 1966 р. н. Термін користування конструкцією 6 міс.



Рис. 2. Результат ортопедичного лікування суцільно-пресованою знімною шиною на н/щ у пацієнтки А., 1972 р. н., після закінчення лікування.

У пацієнтів II та III груп при обстеженні було визначено I та II ступінь рухомості зубів. Перший ступінь в II групі мали 2 (25,0%) пацієнта, другий – 6 (75,0%) пацієнтів ($1,75 \pm 0,16$ бали). В III групі перший ступінь мали 2 (22,2%) пацієнта, другий – 7 (77,8%) пацієнтів ($1,78 \pm 0,15$ бали, $p < 0,05$).

Аналіз об'єктивних показників, які відображають пародонтальний статус, свідчив про середню ступінь тяжкості гінгівіту у досліджуваних пацієнтів II та III групи.

Таблиця 1

Динаміка змін показників стану тканин пародонта у пацієнтів з I – II ступенем хронічного ГП на момент звернення

| Показники | Хворі на ГП I – II ступеню, хронічний перебіг | |
|---------------------------------|---|------------------|
| | II група (n=8) | III група (n=9) |
| ПМА (бали) | $50,0 \pm 1,28$ $p > 0,05$ | $51,33 \pm 1,08$ |
| Кровоточивості (SBI), (бали) | $4,62 \pm 0,18$ $p > 0,05$ | $4,78 \pm 0,15$ |
| Глибина зондування кишень (мм) | $5,0 \pm 0,13$ $p > 0,05$ | $5,13 \pm 0,11$ |
| Ступінь рухомості зубів, (бали) | $1,75 \pm 0,16$ $p < 0,05$ | $1,78 \pm 0,15$ |

Примітка: p – вказано вірогідність різниці між II та III групами.

Завдяки аналізу ортопантомограм пацієнтів, хворих на хронічний перебіг ГП I – II ступеню, було виявлено деструкцію кортикальної пластинки верхівок міжальвеолярних перегородок, ознаки остеопорозу дифузного характеру в верхній та середній третині міжзубних перегородок, нерівномірний тип резорбції альвеолярного відростка – поєднання горизонтальної та вертикальної деструкції, резорбцію міжзубних кісткових перетинок від 1/3 до 1/2 довжини коренів зубів, кісткові кармани.

Через один місяць після накладання шин або шино – протезів показники рівня гігієни у пацієнтів обох груп збільшуються (в II групі – $1,40 \pm 0,05$; в III групі – $1,41 \pm 0,03$), але достовірної різниці даного параметру не виявлено ($p < 0,05$).

Такі критерії, як показники ПМА та SBI, свідчили про ступінь тяжкості гінгівіту через місяць після накладання конструкцій в ротову порожнину (табл. 2) та вказували на відсутність або зниження активності виражених запальних реакцій.

Показник ПМА в II групі складав $47,88 \pm 1,59$ бала, що дорівнювало зменшенню на 4,2% порівняно з показниками до лікування ($50,0 \pm 1,28$ бала); в III групі цей показник зменшився на 2,9% і дорівнював $49,89 \pm 1,01$ (до лікування $51,33 \pm 1,08$ бала), $p > 0,05$.

Показник SBI, в процесі наших досліджень складав: в II групі ($4,25 \pm 0,16$ бали) 4 бали мали 6 (75,0%) пацієнтів, 5 балів – 2 (25,0%) пацієнта; в III групі ($4,56 \pm 0,18$ бали) – 4 бали мали 4 (44,4%) пацієнта, 5 балів – 5 (55,6%) пацієнтів.

Відбувалося вірогідне поліпшення (майже на 5%) показників глибини зондування пародонтальних кишень у пацієнтів обох досліджуваних груп: у пацієнтів II групи дорівнювало $4,76 \pm 0,16$ мм проти $5,0 \pm 0,13$ мм до шинування, у пацієнтів III групи – $4,97 \pm 0,10$ мм ($p > 0,05$) проти $5,13 \pm 0,11$ мм.

Зменшується рухомість зубів: в II групі ($1,63 \pm 0,18$ бали) перший ступінь мали 3 (37,5%) пацієнтів, другий – 5 (62,5%) пацієнтів; в III групі ($1,56 \pm 0,18$ бали) перший ступінь спостерігалася у 4 (44,4%) пацієнтів,

Таблиця 2

Динаміка змін показників стану тканин пародонта у пацієнтів з I – II ступенем хронічного ГП через місяць після накладання шин та шино-протезів

| Показники | Хворі на ГП I – II ступеню, хронічний перебіг | |
|---------------------------------|---|------------------|
| | II група (n=8) | III група (n=9) |
| ПМА (бали) | $47,88 \pm 1,59$ $p > 0,05$ | $49,89 \pm 1,01$ |
| Кровоточивості (SBI), (бали) | $4,25 \pm 0,16$ $p > 0,05$ | $4,56 \pm 0,18$ |
| Глибина зондування кишень (мм) | $4,76 \pm 0,16$ $p > 0,05$ | $4,97 \pm 0,10$ |
| Ступінь рухомості зубів, (бали) | $1,63 \pm 0,18$ $p > 0,05$ | $1,56 \pm 0,18$ |

Примітка: p – вказано вірогідність різниці між II та III групами.



Рис. 3. Проведення оклюзіографії та вибіркового пришліфовування знімної шино – протеза в ротовій порожнині пацієнта С., 1975 р. н.



Рис. 4. Результат ортопедичного лікування суцільно-пресованою знімною шиною – протезом на н/щ у пацієнта С., 1975 р. н., після закінчення лікування.

другий – у 5 (55,6%) пацієнтів, з вірогідною різницею між групами, $p > 0,05$.

Індекс гігієнічного стану шин та шино – протезів на цьому етапі спостереження мав наступні показники: в II групі – $1,28 \pm 0,05$ бали; в III групі – $1,30 \pm 0,03$ бали, $p > 0,05$.

Через шість місяців після накладання шин та шино – протезів спостерігалася погіршення стану гігієни ротової порожнини (в II групі майже на 65% до $1,91 \pm 0,04$ бала; в III групі на 55,6% до $1,93 \pm 0,03$ бала) в порівнянні значень до шинування ($1,16 \pm 0,03$ та $1,24 \pm 0,03$ балів). Ми вважаємо, що це відбувалося внаслідок жорсткої іммобілізації рухомих зубів та сприяло утворенню зубного нальоту. Достовірних відмінностей даного параметру в досліджуваних групах не виявлено. Показник рівня гігієни (ОHI – S) розцінений як задовільний.

На підставі даних таблиці 3 зазначимо наступне. Спостерігається зменшення показників ПМА в II групі до значень $38,13 \pm 2,18$ балів, або на 24% в порівнянні з даними до лікування ($50,0 \pm 1,28$ балів); в III групі відповідно: до $41,44 \pm 1,39$ балів на 19%, (до лікування $51,33 \pm 1,08$ балів).

Згідно змін значень показника кровоточивості ясен (SBI) в II групі ($3,25 \pm 0,16$ бали) – 3 бали мали 6 (75,0%) пацієнтів, 4 бали – 2 (25,0%) пацієнта; в III групі ($3,78 \pm 0,22$ бали) – 3 бали у 3 (33,2%) пацієнтів, 4 бали – у 5 (55,6%) пацієнтів, 5 балів – у 1 (11,2%)

Таблиця 3

Динаміка змін показників стану тканин пародонта у пацієнтів з I – II ступенем хронічного ГП через 6 місяців після накладання шин та шино-протезів

| Показники | Хворі на ГП I – II ступеню, хронічний перебіг | | |
|---------------------------------|---|------------|-------|
| | II (n=8) | III (n=9) | P |
| ПМА (бали) | 38,13±2,18 | 41,44±1,39 | >0,05 |
| Кровоточивості (SBI), (бали) | 3,25±0,16 | 3,78±0,22 | >0,05 |
| Глибина зондування кишень (мм) | 3,79±0,20 | 4,06±0,13 | >0,05 |
| Ступінь рухомості зубів, (бали) | 0,75±0,25 | 1,00±0,17 | >0,05 |

Примітка: p – вказано вірогідність різниці між II та III групами.

Таблиця 4

Динаміка змін показників стану тканин пародонта у пацієнтів з I – II ступенем хронічного ГП через 12 місяців після накладання шин та шино-протезів

| Показники | Хворі на ГП I – II ступеню, хронічний перебіг | |
|---------------------------------|---|-----------------|
| | II група (n=8) | III група (n=9) |
| ПМА (бали) | 34,88±1,23 p>0,05 | 39,67±0,93 |
| Кровоточивості (SBI), (бали) | 2,87±0,12 p>0,05 | 3,33±0,24 |
| Глибина зондування кишень (мм) | 3,35±0,13 p<0,05 | 3,32±0,11 |
| Ступінь рухомості зубів, (бали) | 0,38±0,18 p>0,05 | 0,67±0,17 |

Примітка: p – вказано вірогідність різниці між II та III групами.

пацієнта, встановлено достовірне зменшення інших показників активності запально – деструктивних процесів в пародонті та виражена позитивна динаміка (p>0,05).

Клінічно в цей термін досліджень пацієнти відзначили значне зменшення кровоточивості ясен та рухомості зубів.

Одноточасна оцінка рівня гігієни шин та шино – протезів в обох досліджуваних групах (в II показник становив 1,64±0,06 бала; в III – 1,54±0,05 бала, які зросли в порівнянні з первісними показниками на 24% та 15% відповідно, з кореляційною різницею між ними в 9%), вказувала на їх задовільний рівень, який не здатний погіршувати перебіг запально – дистрофічного процесу в пародонті.

За індексними критеріями стану тканин пародонта у хворих з інтактними зубними рядами або дефектами зубних рядів на фоні ГП I – II ступеня тяжкості, ускладненим зубощелепними деформаціями, через 12 місяців після користування шинами та шино – протезами було виявлено стійку стабілізацію патологічного процесу в тканинах пародонта за наступними результатами.

Гігієна порожнини рота за індексом гігієни Гріна–Вермільона в II групі становила 2,38±0,06 бала, задовільний рівень гігієни мали 5 (62,5%), незадовільний – 3 (37,5%) пацієнтів. В III групі – 2,36±0,04 бала, з пропорційним співвідношенням 7 (77,8%) та 2 (22,2%) відповідно, з вірогідною різницею між групами в межах 15% (p<0,05). При цьому, зростання показника, що вивчався, відбувалося за рахунок збільшення зубного нальоту та утворення над'ясенного зубного каменя.

Показник ПМА в II групі поліпшився на 8,6% та становив 34,88±1,23 бала проти 38,13±2,18 балів за попереднім дослідженням; в III групі – на 4,3% або 39,67±0,93 балів проти 41,44±1,39 бала. Пацієнти відзначали зменшення хворобливих відчуттів в яснах. Клінічно було відзначено поліпшення стану ясен, їх щільність, майже у всіх пацієнтів цих груп (табл. 4).

Як видно з представлених даних (табл. 4), іммобілізація рухомих зубів в досліджуваних групах забезпечила зниження показників індексу кровоточивості (SBI) в процесі лікування, та склала в II групі (2,87±0,12 бала) 2 бала – у 1 пацієнта (12,5%), 3 бала – у 7 пацієнтів (87,5%); в III групі (3,33±0,24 бала) 2 бала – у 1 пацієнта (11,2%), 3 бала – у 4 пацієнтів (44,4%) та 4 бала – у 4 пацієнтів (44,4%) відповідно, в порівнянні з початковими даними (до протезування).

При зондуванні пародонтальних кишень у пацієнтів спостерігалось зменшення глибини в II групі на 33,0% в порівнянні з первісними даними перед ортопедичним лікуванням (5,0±0,13 мм) та стабілізація значень до 3,35±0,13 мм; в III групі відповідно: 35,3%; 5,13±0,11 мм; 3,32±0,11 мм.

Оцінюючи ефективність проведеного ортопедичного лікування, а саме іммобілізацію рухомих зубів за допомогою накладання шин та шино – протезів за визначеним критерієм ступеню рухомості зубів, відзначимо, що у 5 пацієнтів (62,5%) II групи та у 3(33,3%) пацієнтів III групи зуби були нерухомими. Перший ступінь, відповідно, в II групі мали 3 (37,5%) та в III групі – 6 (66,7%) обстежених.

Аналізуючи отримані дані щодо гігієнічного стану шин та шино – протезів після річного їх використання, відзначимо, що найменше забруднення конструкцій спостерігалось у пацієнтів II групи (1,98±0,06 бали), ніж у пацієнтів групи порівняння (2,09±0,06 бали). Але ці дані вказують не стільки на погіршення стану гігієни порожнини рота, що пов'язане з користуванням знімними ортопедичними конструкціями, скільки на необхідність заходів контролю та регулярної професійної гігієни. Значення показника було оцінено як задовільно.

Висновки. Підсумовуючи отримані результати клінічного обстеження, зазначимо, що іммобілізація рухомих зубів шинами та шино–протезами, як за вдосконаленими нами методиками з термопластичного матеріалу (група III), так і класичними металевими шинами, виготовленими за загальноприйнятими методиками (група II), здатна покращити стан пародонту в навколзубних тканинах вже на початку проведення лікувальних заходів (через 1 місяць) та

набути стійкої стабілізації патологічного процесу у віддалені терміни спостереження, про що свідчать такі показники проведених нами методів дослідження: глибина пародонтальних кишень, ступінь рухливості зубів, наявність кровоточивості і характер запальних змін тканин маргінального пародонту. Але, поряд з високими естетичними характеристиками, використання розроблених нами конструкцій знімних шин та шино-протезів зумовлює збільшення ефективності ортопедичного лікування в

середньому до 10%, на відзнаку від класичних методів шинування.

Перспективи подальших досліджень. Отримані результати засвідчують високу клінічну ефективність запропонованих конструкцій та методів лікування. Подальша розробка методів ортопедичного лікування пацієнтів із захворюванням тканин пародонта та впровадження в практику дозволить підвищити ефективність надання ортопедичної стоматологічної допомоги населенню України.

Література

1. Біда В. І. Заміщення дефектів зубних рядів сучасними конструкціями зубних протезів [Навчальний посібник] / В. І. Біда, С. М. Клочан. – Львів : ГалДент, 2009. – 152 с.
2. Дорошенко О. М. Порівняльна оцінка ефективності клінічного застосування різних видів конструкційних матеріалів для виготовлення базисів часткових знімних пластинкових протезів / О. М. Дорошенко // Дентальні технології. – 2008. – № 4 (39). – С. 34-36.
3. Михайленко Т. М. Компонентний аналіз чинників, що визначають та зумовлюють гігієнічний стан ротової порожнини у осіб із знімними конструкціями зубних протезів / Т. М. Михайленко // Галицький лікарський вісник – 2007. – №3, Т. 14. – С. 121 – 126.
4. Ортопедическая стоматология / Н. Г. Аболмасов [и др.]. – М. : МЕД пресс информ, 2002. – 576 с.
5. Патент №40821 України на корисну модель, МПК (2009) А61С 13/00 Знімна шина-протез Кочкиної / [Кочкина Н. А.]. – № u200813783; заявл. 01.12.2008; опубл. 27.04.2009, Бюл. №8. – 2 с.; ил.
6. Патент №33782 України на корисну модель, МПК (2006) А61С 8/02 Знімна шина для стабілізації рухливих зубів / [Кочкина Н. А.]. – № u200803021; заявл. 11.03.2008; опубл. 10.07.2008, Бюл. № 13.
7. Патент 80649 UA, МПК А61С17/00G01J3/28. Способ визначення індексу гігієни знімних протезів за допомогою рідини «Колор-тест» / Михайленко Т. М. – № а 200606329; заявл. 07.06.06; опубл. 25.07.07, Бюл. №11, № 16,06.
8. Трофіменко О. А. Шляхи оптимізації обґрунтування вибору конструкцій зубних протезів при захворюваннях тканин пародонту / О. А. Трофіменко // Современная стоматология. – 2007. – № 2. – С. 134-139.
9. Цепов Л. М. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний пародонта / Л. М. Цепов, А. И. Николаева, Е. А. Михеева. – 3 – е изд., испр. и доп. – М. : МЕДпресс – информ, 2008. – 272 с. : ил.

УДК 616. 314. 17 – 002 – 089. 23 – 06+616. 314 – 007 – 089. 23 – 06

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ШИНУВАННЯ У ПАЦІЄНТІВ З ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМ ПАРОДОНТИТОМ І – ІІ СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ, УСКЛАДНЕНИМ ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ ДЕФОРМАЦІЯМИ

Кочкина Н. А., Біда О. В.

Резюме. У пацієнтів з генералізованим пародонтитом І – ІІ ступенів тяжкості хронічного перебігу вивчали вплив шин та шино – протезів, виготовлених з різних конструкційних матеріалів.

Імобілізація рухомих зубів, як металевими, так і термопластичними шинами та шино – протезами, здатна покращити стан пародонту в навколозубних тканинах вже на початку проведення лікувальних заходів (через 1 місяць) та набуті стійкої стабілізації патологічного процесу (через 6 місяців), про що свідчать результати клінічних досліджень. Але, поряд з високими естетичними характеристиками, використання розроблених конструкцій знімних шин та шино – протезів з термопластичних матеріалів зумовлює збільшення ефективності ортопедичного лікування в середньому до 10%, на відзнаку від класичних методів шинування.

Ключові слова: генералізований пародонтит, зубощелепні деформації, знімні шини та шино-протези, термопластичні матеріали, клінічні дослідження.

УДК 616. 314. 17 – 002 – 089. 23 – 06+616. 314 – 007 – 089. 23 – 06

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ШИНУВАННЯ У ПАЦІЄНТОВ С ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМ ПАРОДОНТИТОМ І – ІІ СТЕПЕНІ ТЯЖЕСТІ, ОСЛОЖНЕНИМ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ ДЕФОРМАЦІЯМИ

Кочкина Н. А., Біда А. В.

Резюме. У пацієнтів с генералізованим пародонтитом І – ІІ степені тяжкості хроніческого течения изучали влияние шин и шино – протезов, изготовленных из различных конструкционных материалов.

Иммобилизация подвижных зубов, как металлическими, так и термопластическими шинами и шино – протезами, способна улучшить состояние пародонта в околозубных тканях уже в начале проведения лечебных мероприятий (через 1 месяц) и приобрести устойчивую стабилизацию патологического процесса (через 6 месяцев), о чем свидетельствуют результаты клинических исследований. Но, наряду с высокими эстетическими характеристиками, использование разработанных конструкций съемных шин и шино – протезов из термопластичных материалов приводит к увеличению эффективности ортопедического лечения в среднем до 10%, в отличии от классических методов шинирования.

Ключевые слова: генералізований пародонтит, зубочелюстні деформації, знімні шини та шино-протези, термопластичні матеріали, клінічне дослідження.

UDC 616.314.17 – 002 – 089.23 – 06+616.314 – 007 – 089.23 – 06

Clinical Features Splitting of Patients with Generalized Periodontitis of I – II Severity Complicated Maxillo dental Deformation

Kochkina N. A., Bida O. L.

Abstract. In the etiology and pathogenesis of periodontal diseases teeth and jaws deformation play an important role.

Orthodontic treatment of teeth anomalies and deformations has a particular importance in prevention and therapy of early stage periodontal disease, cause it removes one the most important pathogenetic factors – para-dontal injury.

Stabilization of mobile teeth can be removed by the therapist when he relieves inflammation of the gums by periodontitis of I – II stage. But when mobility is more pronounced and also, in addition, there is a defect of teeth row and jaws deformation, the necessary comprehensive treatment of periodontal tissues using orthopedic treatments is conducted. One of the methods is to stabilize dental rows using splints and splint – prostheses.

Recently international practice observed tendency to use new materials to removable prostheses – thermoplastics, which give ability to refuse the usage of metal fixing elements. However, Many authors point out the lack of research insufficiency for their clinical application.

The aim of our study was, based on the results of clinical research, study efficiency of orthopedic treatment of periodontal disease in individuals with intact tooth rows and dental defects complicated by dentition deformities the use of splint and splint – prostheses made of thermoplastic materials.

To perform the tasks our patients were divided into groups.

In the I (control) group were included 30 patients with healthy periodont and free from tooth row defects, who did not require orthopedic treatment.

Another 17 patients with intact tooth rows and dentition defects on the background of GP I – II severity stage, complicated with difficult dentition deformities, 17 splints and splint – prostheses were made. Patients were divided as follows:

In the second group – 8 patients were included to whom 8 metal splints (Elbrehta splints) made by classical method without the usage of plastics were made.

In the third group – for 9 patients, 9 improved splints and splint – prostheses where all components of structure made entirely pressed as a whole.

According to the results of research immobilization of mobile teeth, both by metal and thermoplastic splints and splint – prostheses, are able to improve around tooth tissues at the beginning of treatment measures (1 month) and gain a sustainable stabilization of the pathological process (after 6 months), which is reported by clinical studies. But, along with high aesthetic characteristics, the use of removable structures designed splint and splint – prostheses made from thermoplastic materials causes an increase in the efficiency of orthopedic treatment to an average of 10%, compared to the classical methods of splinting.

Keywords: generalized periodontitis, teeth and jaws deformation, removable splinting – prostheses, thermoplastic materials, clinical study.

Рецензент – проф. Новіков В. М.

Стаття надійшла 22. 01. 2015 р.