

Д.А.Либих, Г.А.Рыжак // Институт стоматологии. – 2012. – № 4 (57). – С.80-81.

2. Матина, В.Н. Заболевания и опухоли слюнных желез / В.Н.Матина // Заболевания, повреждения и опухоли челюстно-лицевой области: рук – во для врачей по клинич. стоматологии / Под ред. проф. А.К.Иорданишвили. – СПб.: СпецЛит, 2007. – С. 229 – 230.

3. Надежкин, Л.В. Патология слюноотделения / Л.В.Надежкин // Клиническая стоматология / Под ред. проф. А.К.Иорданишвили. – М.: Медицинская книга, 2010. – С. 55 – 57.

4. Стуков, А.Н. Симптоматическая терапия в онкологии / А.Н.Стуков [и др.]. – СПб.: НИКА, 2007. – 288 с.

5. Филиппова, Е.В. Лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта у людей пожилого и старческого возраста: Автореф. дис. канд. мед. наук / Е.В.Филиппова. – СПб.: ИБиГ СЗО РАМН, 2013. – 24с.

6. Чуйкин, С.В. Некоторые физико-химические и биохимические показатели ротовой жидкости у лиц пожилого и старческого возраста / С.В.Чуйкин, М.И.Штанько // Институт стоматологии. – 2013. - № 2 (59). – С. 72 – 73.

7. Canaan, T.J. Variations of structure and appearance of the oral mucosa / T.J.Canaan, S.C.Meehan // Dent. Clin. North. Am. – 2005. – Vol. 49, № 1. – P. 1-14.

8. Chen, M. Radiation therapy concurrent with weekly paclitaxel for locoregionally advanced nasopharyngeal carcinoma: outcomes of a phase I trial / M.Chen, S.X.Wu, Y.Y.Chen et al. // Am. J. Clin. Oncol. – 2004. Vol.27, № 5. – P.481-484.

9. Gerdin, E.W. Impact of dry mouth conditions on oral health-related quality of life in older people / E.W.Gerdin, S.Einarson, M.Jonsson et al. // Gerodontology. – 2005. – Vol. 22, № 4. – P. 219-226.

УДК 616.314.2-007.26.18

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАРОДОНТИТОМ НА ФОНЕ СНИЖАЮЩЕГОСЯ ПРИКУСА

Майборода Ю.Н., Гоман М.В., Белая Е.А.

ГБОУ ВПО СтГМУ Минздрава России, Ставрополь, E-mail: maxgoman@mail.ru

Комплексными методами исследования прослежена взаимосвязь изменений ферментных систем нейтрофильных гранулоцитов и состояния сосудистого тонуса и потенциалов жевательных мышц в ходе лечения пациентов с частичными дефектами зубных рядов на фоне снижающегося прикуса и воспалительных процессов в пародонте. Анализ особенностей индивидуального подбора лечения пациентов при пародонтите в сочетании со снижающимся прикусом с различными схемами ведения показали, что дифференцированный подход к оценке силовых характеристик у части больных позволяет проводить одноэтапную схему лечения. Наиболее оптимальным вариантом протезирования металлокерамическими конструкциями является фиксация их на уровне топографии десневого желобка с предварительной поэтапной нормализацией высоты прикуса.

Ключевые слова: пародонтит, окклюзионная интерференция, снижение высоты прикуса, ферментные системы нейтрофилов

TACTICS OF MANAGEMENT OF PATIENTS WITH PERIODONTITIS AGAINST THE BACKGROUND OF OCCLUSION IMPAIRMENT

Mayboroda Yu.N., Goman M.V., Belaya E.A.

Stavropol State Medical University, Stavropol, E-mail: maxgoman@mail.ru

With complex methods of research we investigated the relationship of changes of the neutrophils enzyme systems and the vascular tone and the potentials of the masticatory muscles during treatment of patients with partial dentition defects against the background of occlusion impairment and inflammatory processes in the periodontium. Analysis of features of individual selection of treatment of patients with periodontitis combined with occlusion impairment in various schemes of management has shown that a differentiated approach to the evaluation of the force characteristics in some patients allows one-step regimen of treatment. The best option of prosthetic metal- constructions is to fix them at the level of gingival sulcus topography with preliminary step normalization of the vertical dimension of occlusion.

Keywords: periodontitis, occlusal interference, reduction of the vertical dimension of occlusion, enzyme systems of neutrophils

Среди разнообразных патологических состояний жевательного аппарата при частичной потере зубов проявления окклюзионной интерференции, возникающих на фоне снижения межальвеолярной высоты в различные периоды формирования и функционирования зубочелюстной системы, встречаются достаточно часто. Вопросы этиологии, патогенеза, клиники и лечения снижающегося прикуса на фоне окклюзионных нарушений подробно освещены в монографии В.А. Хватовой [8]. Весь процесс формирования снижающегося прикуса, как показывает практика идет постепенно. Происходят количественные накопления новых морфологических изменений в отдельных звеньях артикуляционной цепи, что приводит к образованию качественно новой формы жевательного аппарата. Формируется необычное соотношение челюстей, в зубных рядах и элементов ВНЧС. По мере развития патологического процесса нарастают адаптационно-компенсаторные усилия зубочелюстной системы, которые приводят к созданию патологической окклюзии и выработке неопределенного стереотипа артикуляции. С ослаблением процессов компенсации нарушается акт жевания и вместе с ним изменяется динамический стереотип. Он приобретает характер шадящего защитного рефлекса.

Ортопедическая реабилитация больных с окклюзионной интерференцией должна быть направлена не только на восстановление анатомической формы зубов и зубных рядов, но и на нормализацию высоты прикуса, на восстановление прежнего стереотипа жевания. Узловым моментом реабилитации таких больных является определение оптимального соотношения челюстей.

Одномоментное или двухэтапное определение межальвеолярного расстояния лежит в основе функционально-физиологического подхода и фиксации высоты прикуса, который нашел отражение в публикации [3, 4]. Идея функционально-физиологического подхода реабилитации больных с снижающимся прикусом на фоне различной патологии в зубных рядах не получила широкого распространения, вследствие большого разночтения и предполагаемой тактики раз-

личными авторами [7], особенно при протезировании на фоне пародонтита.

Целью настоящего исследования явилось применение функционально-физиологического подхода в рациональной тактике ведения больных с различной патологией в зубных рядах при сниженном прикусе на фоне воспалительных процессов в пародонте.

Материалы и методы исследования

Для количественной оценки клинических признаков патологии пародонта с последующей динамикой цитохимических процессов у больных после комплексных лечебно-ортопедических мероприятий мы использовали ряд стандартных показателей и клинические индексы. Активность ферментов полиморфноядерных лейкоцитов (ПМЯЛ) выявляли полуколичественным методом в модификации В.М. Сафроновой (1994). В мазках крови, взятой из пародонтальных карманов, выявляли активность МПО, КФ, ЩФ, ЦХО, СДГ и содержание КБ. Контролем служили показатели содержания и активности ферментных систем у 40 пациентов с интактными зубными рядами и пародонтом. Статистическая обработка осуществлялась по И.Н. Ойвину (1966) с вычислением коэффициентов корреляции. Биопотенциалы жевательных мышц регистрировали на электромиографе типа "Медикор", сочетающий принцип электромиоастициографии. Для определения функционального состояния сосудов применяли реопародонтографию.

Результаты исследования и их обсуждение

Комплексные исследования 295 пациентов с дефектами зубных рядов показали, что у части (79 человек) больных отмечались вторичные деформации различной степени. Зубо-альвеолярное удлинение чаще было выражено на верхней челюсти и почти всегда сопровождалось блокирующими движениями нижней челюсти и травматической перегрузкой пародонта. В 44 случаях снижение сопровождалось мезиальным, а у 22 больных – дистальным сдвигом нижней челюсти. Отдельную группу составили 18 человек со сниженным прикусом, развившимся на фоне патологической стираемости зубов.

Ортопедические вмешательства были, в первую очередь, направлены на восстановление и нормализацию окклюзионной на-

грузки тканей пародонта. После ортопедической подготовки зубочелюстной системы приступали к шинированию и протезированию. Пациентам с пародонтитом легкой (ПЛСТ) и средней степени тяжести (ПССТ) при наличии небольших по протяженности дефектов зубных рядов изготавливали металлокерамические протезы. При наличии обширных включенных или концевых дефектов зубных рядов изготавливали шинирующие бюгельные или частичные съемные пластиночные протезы.

У части больных применялась одноэтапная схема лечения. После определения центрального соотношения челюстей функционально-физиологическим способом больным изготавливали зубные протезы. В другой группе использовали двухэтапную схему. На первом этапе лечения применяли временную капу – протез, срок пользования которой варьировал от 3 до 6 месяцев. Основным показателем наступления адаптации являлись субъективные ощущения пациента и положительная динамика миографии. Вначале происходило кратковременное снижение усилия на сжатие, которое необходимо для перестройки рефлекторных связей. Как показали сравнительные исследования, данной категории больных лучше подходит двухэтапный метод лечения.

Проведенное лечение больных на фоне пародонтита в сочетании со снижающимся прикусом с различными схемами ведения показало, что дифференцированный подход к оценке силовых характеристик у части пациентов с окклюзионной интерференцией позволяет проводить одноэтапную схему лечения. Однако, восстановление прежнего стереотипа жевания должно проводиться постепенно, чтобы не вызвать резкую дисгармонию между отдельными звеньями артикуляционной цепи, уже приспособленными к новым условиям. Наши принципы ле-

чения пациентов с патологической стираемостью на фоне снижающегося прикуса включает в себя постепенную, поэтапную нормализацию высоты прикуса при помощи различных капп-протезов с последующим восстановлением целостности зубных рядов рациональным протезированием. Последнее, подтверждалось улучшением динамики биопотенциалов жевательных мышц и нормализацией осцилляций реографических индексов.

Мы не рекомендуем депульпировать интактные зубы при протезировании металлокерамическими протезами. Сохранение жизнеспособной пульпы предупреждает развитие некротических процессов в дентине, а также периодонтальных тканях. Зубы с интактной пульпой в биологическом и механическом плане имеют явные преимущества перед депульпированием. Полученные реологические, морфологические и цитохимические показатели приводят к однозначной констатации фактов нецелесообразности депульпирования зубов [1]. Необходимо придерживаться тактики щадящего препарирования опорных зубов с тщательным закрытым кюретажем пародонтальных карманов. Изучение метаболического статуса нейтрофильных гранулоцитов больных с признаками функциональной патологии в зубных рядах выявили заметные отклонения средних значений цитохимических показателей с таковыми контрольной группы (табл. 1). Необходимо отметить, что приводимые в таблице значения цифровых данных после протезирования, по отношению к исходным величинам, складывалась из средних параметров общей суммы наблюдения пациентов в интервале от 3 до 12 месяцев. Различия с контролем статистически значимы ($p < 0,05$). Содержание и активность ферментных систем и оксидоредуктаз носило скачкообразный характер.

Содержание КБ и активность МПО, КФ, ЩФ, ЦХО, СДГ в крови у пациентов на фоне частичной потери зубов и пародонтита

	Биологические активные вещества						N
	КБ	МПО	КФ	ЩФ	ЦХО	СДГ	
контроль	1,81±0,01	1,70±0,03	1,53±0,02	1,55±0,02	1,83±0,04	1,68±0,03	40
ПЛСТ	1,68±0,03 p<0,001	1,64±0,02 p<0,05	1,48±0,02 p<0,05	1,20±0,02 p<0,001	1,53±0,04 p<0,001	1,32±0,01 p<0,001	30
ПССТ	0,97±0,02 p<0,001	1,52±0,02 p<0,001	2,29±0,02 p<0,001	1,10±0,04 p<0,001	1,16±0,03 p<0,001	1,32±0,02 p<0,001	28

Примечание: p – отражает значение цифровых показателей по отношению к контрольной группе.

Уменьшение доли участия митохондриального маркера цикла Кребса – СДГ сопровождалось асинхронной активностью МПО и ЦХО в нейтрофильных гранулоцитов, что может быть расценено в плане отсутствия положительной корреляции клеточного метаболизма и функции гранулоцитов. Снижение активности СДГ не коррелировало с уровнем активности МПО, но была выявлена положительная корреляционная связь между СДГ и ЦХО ($r = +0,870$). Имело место также снижение активности ЩФ на фоне стабильно высокой активности КФ и снижения содержания КБ, указывающее на углубление хронического течения воспалительного процесса.

Депрессия функциональной активности ферментных систем ПМЯЛ и оксидоредуктаз может быть одной из причин, свидетельствующих о формировании затяжного хронического воспалительного процесса. Низкий уровень активности ЩФ в сочетании с гипоксией (низкие показатели МПО и ЦХО) на фоне частичной потери зубов являются одним из моментов нарушения остеобластических механизмов формирования зрелого и полноценного костного матрикса.

Такая ситуация особенно часто отмечалась у пациентов с ПССТ, которым были изготовлены металлокерамические конструкции без учета степени воспалительного процесса, когда края опорных коронок не соответствовали границам десневого желобка. Исследования показали целесообразным точку зрения формирования границы металлокерамических коронок на уровне десневого края после купирования воспаления в пародонте [4].

Давление оказываемое краем коронки на маргинальную часть десны вызывает, в первую очередь, реактивные изменения слизистой оболочки пародонта. Эти изменения могут развиваться в две фазы: компенсации и декомпенсации. Компенсаторные возможности пародонта зависят от общего состояния организма, ранее перенесенных общих и местных заболеваний, состоянием пародонта на момент обращения, возраста пациента. У лиц с интактным пародонтом интенсивность биосинтеза белка уменьшаться с возрастом и, особенно, усиливается при обострившемся течении процесса [5, 6]. Происходит переход изменений пародонта в стадию декомпенсации. Вследствие срыва гомеостатических механизмов на разных уровнях регуляции происходит извращение стереотипической динамики процесса. Процесс теряет защитно-приспособительный характер и развивается дисрегенерация. Поэтому мы не можем согласиться с мнением тех авторов, которые считают обязательным принципом препарирования формирование циркулярного уступа. Избежать последующего возможного некроза и вскрытия пульпы, а также дополнительной травмы эпителиальной ткани прикреплению трудно. В данной ситуации также не желательно проводить ретракцию десневого края химическими агентами перед снятием оттисков [2]. Это позволяет уменьшить и даже избежать клинических осложнений связанных с процессами регенерации в околозубных тканях, а тактика препарирования зубов под цельнолитые конструкции должны быть увязаны с возрастом больного [4]. Ближайшие и отдаленные результаты такой тактики лечения

показали существенные улучшения показателей реографических индексов на фоне закономерного в динамике и по срокам повышение функциональной эффективности и биопотенциалов жевательных мышц.

Цитохимические результаты исследования ПМЯЛ крови маргинальной части десны у пациентов с пародонтитом легкой и средней степени тяжести убедительно свидетельствуют о том, что при фиксации цельнолитых конструкций на уровне десневого края происходят незначительные изменения содержания и активности биологических веществ системы нейтрофильных гранулоцитов, которые достоверно не отличались от контрольных величин. Максимальные изменения содержания и активности биологических веществ в ПМЯЛ крови происходят спустя 3-6 месяцев после протезирования. В связи с возможностью обострения воспалительного процесса в пародонте и пульпе целесообразна временная фиксация металлокерамической конструкции сроком от 3 до 6 месяцев.

Заключение

Таким образом, разброс цифровых показателей у больных с частичной потерей зубов, выявленный в процессе определения центрального соотношения, подтверждает, что степень силовых характеристик зависит от величины межальвеолярного расстояния. Применение функционально-физиологического способа определения центрального соотношения при частичной потере зубов, является методом выбора и адаптация при постепенной нормализации высоты прикуса проходит менее болезненно и может быть объяснимо особенностью ин-

трафузальной иннервацией жевательных мышц. А принципы фиксации металлокерамических конструкций на уровне десневого края в сочетании с закрытым кюретажем пародонтальных карманов является наиболее оптимальным, т.к. отмечаются минимальные морфологические изменения в окружающих опорные зубы тканях.

Список литературы

1. Белая Е.А. Морфология пульпы зуба и тканей пародонта после одонтопрепарирования / Е.А. Белая, Ю.Н. Майборода, И.Н. Аксенов // Актуал. вопр. ортопед. стоматологии. – Ставрополь. – 2005. – С. 4-10.
2. Белая Е.А. Ретракция десневого края / Е.А. Белая, Е.А. Печерских, К.А. Белая // Новое в теории и практике стоматологии. – Ставрополь. – 2012. – С.16-18.
3. Майборода Ю.Н. Ортопедические мероприятия в комплексном лечении заболеланий пародонта / Ю.Н. Майборода, И.Н. Аксенов, Э.В. Урясьева // Новое в теории и практике стоматологии. – Ставрополь. – 2012. – С. 169-179.
4. Майборода Ю.Н. Профилактика пародонтита и пульпита при применении металлокерамических конструкций зубных протезов / Ю.Н. Майборода, Е.А. Белая, И.Н. Аксенов // Актуал.вопр.клинич. стоматологии. – Ставрополь. – 2011. – С.343-347.
5. Майборода Ю.Н. Цитохимическая оценка амортизирующей функции пародонта на воздействие несъемных протезов / Ю.Н. Майборода, И.Н. Аксенов, Е.А. Белая // Новое в теории и практике стоматологии. – Ставрополь. – 2006. – С. 159-164.
6. Урясьева Э.В. Травматическая окклюзия и воспалительные явления в пародонте / Э.В. Урясьева, Ю.Н. Майборода // Актуал.вопр.клинич. стоматологии. Практ.конф. стоматологов Ставропольского края. – 2011. – С. 359-362.
7. Цимбалистов А.В. Реабилитация больных с вторичным сниженным прикусом / А.В. Цимбалистов: Автореф. дис. канд. мед. наук. – СПб., 1996. – 96 с.
8. Хватова В.А. Клиническая гнатология. – М.: ОАО "Изд. "Медицина", 2005. – 296 с.