



УДК 616.311.2-002-089.22

КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ ВРЕМЕННОГО ШИНИРОВАНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Е.В. МИЛОВА
Д.С. ТИШКОВ
Е.Л. КОРНЕВА
В.В. ЗУБКОВ
Е.В. ДУДАРЬ

*Курский государственный
медицинский
университет*

e-mail: a-milova@mail.ru

В статье приводится клиническое обоснование необходимости временного шинирования в комплексном лечении заболеваний пародонта на основании обследования 39 человек в возрасте от 35 до 60 лет (24 женщины и 15 мужчин) с диагнозом хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести. При этом временную шинирующую конструкцию изготавливали на вакуум-формовочных аппаратах из жесткого прозрачного поликарбонатного материала. Сравнительный анализ полученных результатов исследования позволил обосновать необходимость временного шинирования как неотъемлемую часть комплексного лечения, позволяющего не только повысить эффективность медикаментозной терапии, но и способствующего стабилизации достигнутого результата лечения.

Ключевые слова: хронический генерализованный пародонтит, временное шинирование, «Мексидол».

Среди актуальных проблем современной стоматологии воспалительные заболевания пародонта занимают одно из ведущих мест. Поражая практически все возрастные группы населения, в том числе молодых людей, заболевания пародонта способствуют формированию «нездоровья» нации [4, 10].

В возникновении и прогрессировании воспалительных и дистрофических заболеваний пародонта большую роль играют не только общие, но и местные факторы. Одним из последних является функциональная перегрузка пародонта [4, 10]. Согласно научным данным [1, 3, 9], клинические проявления травматической перегрузки зубов встречаются при различной патологии жевательного аппарата у 34-94,6% больных. Именно поэтому успешное лечение патологии пародонта в современных условиях возможно только при использовании диспансерного наблюдения больных с применением комплекса терапевтических, хирургических и ортопедических мероприятий.

Временное шинирование позволяет устранить травматическое воздействие патологической подвижности и функции жевания, т. е. устранить один из патогенетических механизмов, поддерживающих гемодинамические нарушения при пародонтите. Шина обеспечивает равномерное распределение жевательного давления между пародонтом зубов, включенных в шину, создает покой пораженным тканям и способствует повышению эффективности патогенетической и симптоматической терапии [5, 6, 11].

В настоящее время большую популярность нашли клинические методики временного адгезивного шинирования, что главным образом обусловлено быстротой изготовления и отсутствием необходимости в зуботехнической лаборатории [2, 7].

Тем не менее, эти конструкции имеют свои недостатки: требуют препарирования зубов, что биологически не всегда бывает оправдано, затрудняют гигиену полости рта, нередко встречается отслаивание шинирующего волокна [8, 9, 10, 11]. Кроме того, мы не можем говорить об эффективной стабилизации в случае генерализованной формы пародонтита.

Другая современная методика временного шинирования основана на применении шины, изготовленной на вакуум-формировочных аппаратах из жесткого прозрачного поликарбонатного материала. Она съемная, легко изготавливается и припасовывается в полости рта, не требует препарирования, обеспечивает надежную стабилизацию зубов как в горизонтальной, так и вертикальной плоскостях, имеет удовлетворительный внешний вид [2, 5, 6].

Цель работы: повышение эффективности комплексной терапии пациентов с воспалительными заболеваниями тканей пародонта путем устранения патологической подвижности зубов и обеспечения рационального распределения жевательного давления.

Материалы и методы исследования. Исследования проведены на базе консультативно-диагностической поликлиники Курского государственного медицинского университета. Всего было обследовано 39 человек в возрасте от 35 до 60 лет (24 женщины и 15 мужчин) с диагнозом хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести в сочетании с малыми дефектами зубных рядов. В процессе клинического наблюдения были выделены две группы больных: первую группу составили 12 пациентов, которые отказались от предложенного временного шинирования подвижных зубов, во вторую группу вошли больные (27 человек), которым было произведено временное шинирование подвижных зубов вестибуло-оральной многозвеньевой шиной сроком на 4 месяца. Временную шинирующую конструкцию в нашем исследовании мы изготавливали на вакуум-формовочных аппаратах из жесткого прозрачного поликарбонатного материала. Для восстановления целостности зубных рядов искусственные зубы предварительно фиксировались на рабочей гипсовой модели.

Лечение всех исследуемых больных включало тщательное удаление зубных отложений, местное медикаментозное лечение 5% раствором Мексидола на 15-20 минут по 10 процедур в виде аппликаций в зубодесневые карманы и заполнение пародонтальных карманов гелем «Гиалудент Гель» № 2 (с метронидазолом и хлоргексидином) согласно инструкции 5 процедур. Процедуры повторяли через день. Всем пациентам были даны рекомендации по индивидуальной гигиене полости рта, подобраны средства и предметы гигиены. Среди обследованных не было пациентов с тяжелой сопутствующей патологией.

Результаты лечения оценивались с использованием упрощенного индекса гигиены Greene-Vermillion (ОНI-S), пародонтального (ПИ) и SBI индексов до и после медикаментозного лечения, а также через 4 месяца после проведенного лечения для того, чтобы оценить возможности стабилизации достигнутого результата. Определяли показатели подвижности зубов и глубину пародонтальных карманов.

Для изучения изменений плотности костной ткани применяли радиовизиографическое исследование с использованием функции денситометрии компьютерной программы WCIF Imeg J. При этом использовалась система цифровой компьютерной рентгенографии «Sens-A-Ray» фирмы «SUAN» с пакетом программного обеспечения. Показатель плотности костной ткани регистрировали по среднему значению интенсивности серого тона согласно параметрам используемой компьютерной программы WCIF Imeg J. Радиовизиографические прицельные снимки выполняли до лечения, а также в сроки на 10, 20-е сутки и через 4 месяца после проведенного медикаментозного лечения. Для точного наблюдения за изменениями костной ткани в одних и тех же интересующих нас фрагментах денситограммы было предложено использовать полимерную сетку с размерами ячеек 3×3 мм² путем наложения её на экран монитора. Данная методика при условии идентичной съемки с помощью позиционера, дает возможность определять плотность костной ткани в одних и тех же интересующих фрагментах денситограммы с течением времени (рац. предложение № 1746-07). Таким способом исследовали костную ткань у каждого пациента в области трех зубов, а также уточняли глубину пародонтальных карманов и оценивали её динамику в процессе наблюдения.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате проведенного лечения у всех пациентов отмечалось улучшение клинического состояния. Однако выраженность клинического эффекта, значения показателей подвижности и глубина пародонтальных карманов у больных первой и второй групп были достоверно различными. Сравнительный анализ эффективности проведенного лечения показал, что во второй группе больных, где применялось временное шинирование, устранение острых воспалительных явлений происходило в среднем на 3-4 дня ($p < 0,05$) быстрее.

У пациентов второй исследуемой группы отмечена также более положительная динамика использованных индексов, согласно таблице. Ухудшение стоматологического статуса на 4-й месяц после проведенного медикаментозного лечения у пациентов первой группы, где не проводилось временное шинирование, на наш взгляд, обусловлено травмирующим воздействием на ткани пародонта жевательной нагрузки, что как следствие обусловило обострение патологического процесса.

Таблица

Динамика состояния пародонтальных тканей с применением временного шинирования и без него ($p < 0,05$)

№ группы	ОИ-S (баллы)			ПИ (баллы)			SBI (%)		
	До лечения	После лечения	Через 4 месяца	До лечения	После лечения	Через 4 месяца	До лечения	После лечения	Через 4 месяца
1 группа	2,16 ±0,04	1,42 ±0,04	1,25 ±0,02	3,86 ±0,04	2,15 ±0,03	2,73 ±0,03	48,14 ±0,04	18,07 ±0,03	34,47 ±0,04
2 группа	2,22 ±0,03	1,35 ±0,05	1,0 ±0,02	3,92 ±0,04	1,25 ±0,02	0,73 ±0,01	49,02 ±0,03	12,58 ±0,02	16,2 ±0,01

По данным рентгенологического исследования, у пациентов обеих групп исследования межальвеолярные перегородки разрушены не более чем на 1/3 высоты, в наличии костные карманы. Полученные результаты об изменении плотности костной ткани межзубных перегородок представлены на рис. 1.

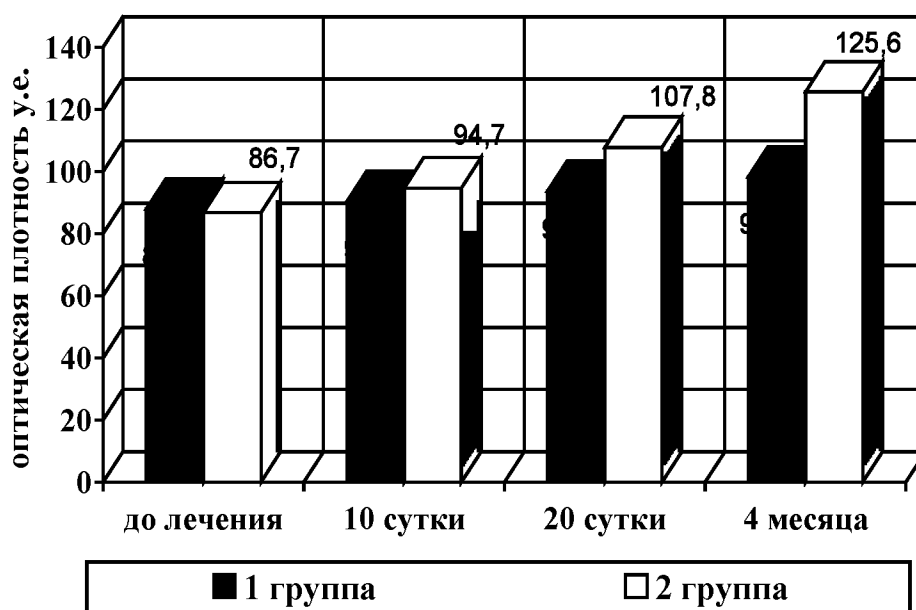


Рис. 1. Результаты исследования плотности костной ткани межзубных перегородок ($p < 0,05$)

Согласно этим данным можно говорить о более значимых показателях уплотнения костной ткани у пациентов второй группы на протяжении всего наблюдения.

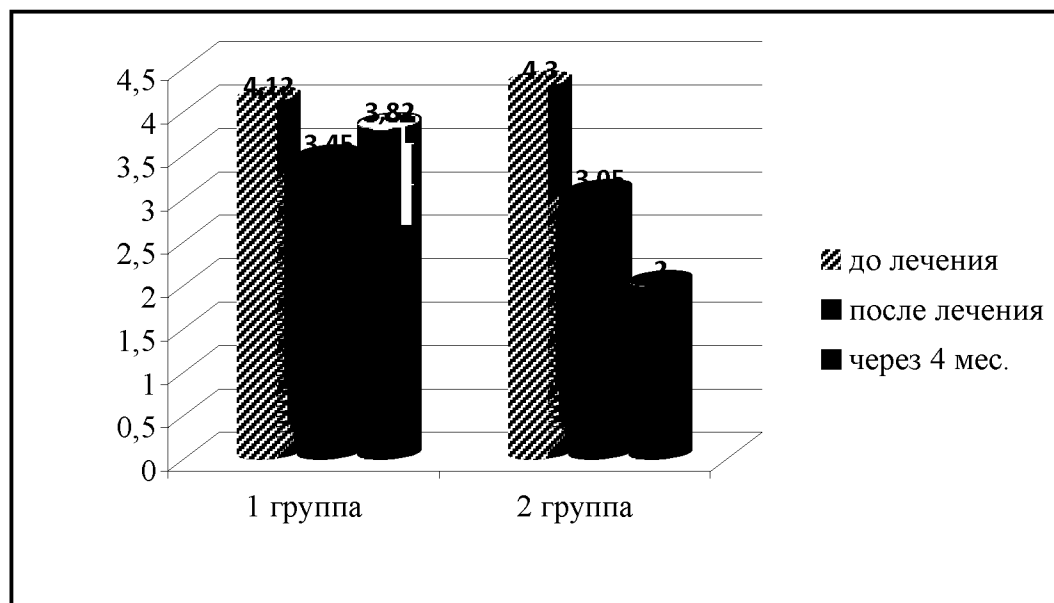


Рис. 2. Сравнительная оценка изменения глубины пародонтальных карманов у пациентов разных исследуемых групп ($p < 0,05$)

Кроме того, у пациентов второй группы после проведенного медикаментозного лечения объективно было отмечено уменьшение глубины пародонтальных карманов на 11,6%, в сравнении с первой группой (рис. 2.), а через 4 месяца – на 47,6%, что, на наш взгляд, обусловлено устранением травмирующего и деформирующего факторов функции жевания за счет равномерного распределения жевательного давления и объединения зубов в единый функциональный блок.

Больные второй группы отмечали также снижение болевых ощущений при приеме пищи и в целом повышение эффективности пережевывания пищи, что нашло отражение и в нормализации эмоционального состояния.

Выводы. При воспалительных заболеваниях пародонта, сопровождающихся подвижностью зубов, временное шинирование является неотъемлемой частью комплексного лечения, позволяющего не только повысить эффективность проводимого медикаментозного лечения, но и способствующего стабилизации достигнутого результата.

Литература

1. Аболмасов, Н.Н. Оклюзия – одно из ведущих звеньев функциональной биосистемы жевательного процесса / Н.Н. Аболмасов, Г.А. Морозова // Актуальные проблемы стоматологии: материалы Всерос. науч.-практ. конф. – М., 2005. – С 53-55.
2. Армирующие ленты на основе моноволокон фторсополимеров и полиэтилена для шинирования зубов при пародонтите / А.А. Королев и др. // Рос. стоматологический журн. – 2006. – № 6. – 19-20.
3. Белоклицкая, Г.Ф. Шинирование подвижных зубов и восстановление включенных дефектов зубных рядов в комплексном лечении генерализованного пародонтита / Г.Ф. Белоклицкая, О.В. Лузина // Современная стоматология. – 2004. – № 2. – 64-65.
4. Белоусов, Н.Н. Время проведения и очередность этапов комплексного лечения воспалительных заболеваний пародонта / Н.Н. Белоусов // Пародонтология. – 2007. – № 3. – 3-6.
5. Клемин, В.А. Шинирующие съемные конструкции в комплексном лечении генерализованного пародонтита, осложненного дефектами зубных рядов / В.А. Клемин, А.А. Комлев, Г.Г. Макеев // Современная стоматология. – 2005. – № 2. – С. 60-63.
6. Климук, П. А. Байтовое шинирование – новые возможности в лечении заболеваний пародонта / П.А. Климук // Современная стоматология. – 2005. – № 1. – С. 41-42.



7. Кулаков, О.Б. Применение системы Фибер-Сплинт (Fiber-Splint) при лечении заболеваний пародонта и замещении одиночных дефектов зубного ряда / О.Б. Кулаков // Клин. стоматология. – 2005. – № 3. – 34-36.
8. Мокренко, Е.В. Особенности формирования волоконных опорно-армирующих конструкций при адгезивном протезировании зубных рядов / Е.В. Мокренко, О.В. Семикозов // Клин. стоматология. – 2006. – № 2. – 26-29.
9. Шумкова, Т.Н. Шинирование в повседневной практике врача-стоматолога / Т.Н. Шумкова // Современ. ортопедическая стоматология. – 2004. – № 1. – 90-91.
10. Strassler H.E. Periodontal splinting with a thin high-modulus polyethylene ribbon / H.E. Strassler, C Brown // Compend. Contin. Educ. Dent. – 2001. – Vol. 22, No. 8. – P. 696-700.
11. Watkins S.J. Periodontal splinting in general dental practice / S.J. Watkins, K.W. Hemmings // Dent. Update. – 2000. – Vol. 27, No. 6. – P. 278-285. / 137 0

CLINICAL RATIONALE FOR TEMPORARY SPLINTING IN COMPLEX TREATMENT OF PERIODONTAL DISEASES

**E.V. MILOVA
D.S. TISHKOV
E.L. KORNEVA
V.V. ZUBKOV
E.V. DUDAR**

*Kursk State Medical
University*

The article provides a clinical rationale for temporary splinting in treatment of periodontal disease on the basis of the survey, 39 people aged 35 to 60 years (24 women and 15 men) diagnosed with chronic generalized periodontitis moderate. At the same temporary splinting structure produced by vacuum-forming apparatus of a rigid transparent material polycarboxylate. The comparative analysis of the results of the study validated the need for temporary splinting as an integral part of comprehensive treatment, allowing not only improve the efficiency of drug therapy, but also helps to stabilize and secure the results of treatment.

Key words: chronic generalized periodontitis, temporary splinting, "Meksidol."