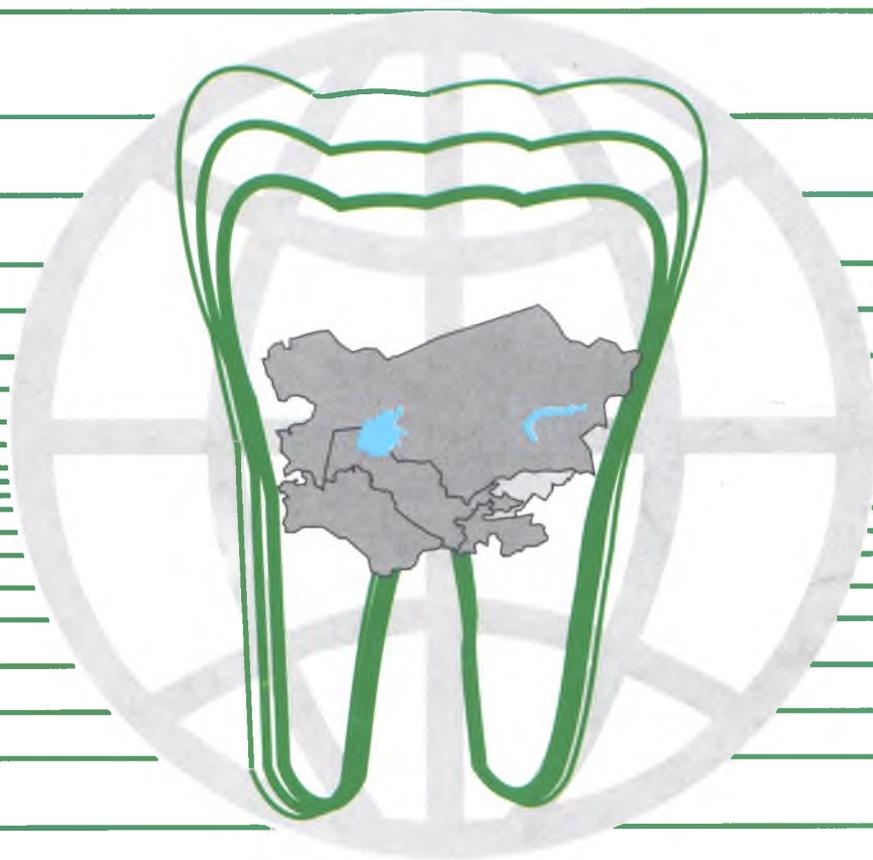


СТОМАТОЛОГИЯ

СРЕДНЕАЗИАТСКИЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

№2 2000 (8)



blend-a-med



Ассоциация
стоматологов Узбекистана

Первый Ташкентский
Государственный медицинский институт

"Stomatologiya" —
научно-практический журнал
Основан в 1998 году

Зарегистрирован Государственным
комитетом Республики Узбекистан по печати
23 июня 1998 г.
Свидетельство № 00081

АДРЕС РЕДАКЦИИ:
700096, Республика Узбекистан,
г. Ташкент, ул. Муками, 12
тел.: 78-49-27
E-mail: stomatologiya@uzreport.com

Дизайн-макет изготовлен
ООО "POLISPEKTR"
Дизайн, компьютерный набор С. Сургутанов
Корректор В. Никитина
Цена журнала договорная

Информационная поддержка фирмы "SAIPRO-SINO"

Stomatologiya № 2, 2000 (8)

Среднеазиатский
научно-практический журнал

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор *Х.И. Ирсадиев*
Заместитель главного редактора *Ф.М. Мамедова*
Ответственный секретарь *С.Х. Юсупов*

Абдуазимов А.Д.
Агзамходжаев С.С.
Азимов М.И.
Акилов Т.А.
Бекметов М.В.
Йўлдошханова А.С.

Жилонов А.А.
Жуматов У.Ж.
Зуфаров С.А.
Каххарова Г.Ш.
Нигматов Р.Н.
Леонтьев В.К.

Пашаев К.П.
Сафаров Т.Х.
Таиров У.Т.
Темирбаев М.А.
Худояров И.А.
Шейнман В.Ю.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Аббоджанов Л.Б. — Хорезм
Бекташев С.И. — Ташкент
Абидуллина Г. — Алматы
Зуфаров А.А. — Ташкент
Кубаев С.С. — Самарканд
Елишев В.А. — Ташкент
Абдиев У.М. — Ташкент
Анварова В.Ф. — Ташкент
Мирякубов М.М. — Ташкент
Мергенбаева Х.С. — Алматы
Курашев А. — Караганда

Орозобеков С.Б. — Бишкек
Рузидинов С.Р. — Алматы
Содыков Э.С. — Хорезм
Саидкаримова У.А. — Ташкент
Соатов И.С. — Душанбе
Тлеумуратов Т.М. — Нукус
Убайдуллаев М.Б. — Ташкент
Уразалин Ж.Б. — Алматы
Шодиев К.К. — Ташкент
Худайбердыев Г.Э. — Ташкент
Юнусов Ю.Х. — Бухара

Журнал издается при спонсорской поддержке компании "Procter & Gamble"



Организация, эпидемиология, история

Organization, epidemiology, history

Тайров У.Т., Назаров З.А. Состояние стоматологической службы и ее реформирование в свете реализации “программы по реформе здравоохранения в Республике Таджикистан на 2000-2010 гг.” 6

Tairov U.T., Nazarov Z.A. Stomatological service conditions and it's reformation in the process of realisation “program of the republic of Tajikistan on health reform in 2000-2010 years” 6

Оригинальные статьи

Original articles

Камилов Х.П., Хасанова Л.Э., Рустамова Д.А. Новый подход к лечению хронического генерализованного пародонтита с явлениями абсцедирования 9

Kamilov Kh.P., Khasanova L.E., Rustamova D.A. The new approach to treatment chronic widespread parodontitis with the abscession phenomena 9

Шамсиев Ф. Применение дибунола в лечении гингивитов 11

Shamsiev F. The use of dibunol for treatment of gingivitis 11

Якубов Р.К., Азимов М.И. Комплексное лечение зубов с приобретенными дефектами и деформациями зубо-челюстной системы, обусловленными патологией височно-нижнечелюстного сустава 13

Yakubov R.K., Azimov M.I. Complex treatment of the acquired defects and deformities of the maxillo-facial system in clirin 13

Салиев Ш.М., Содикова Х.К., Икромов Г.А. Профилактика воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, связанных с трудным прорезыванием третьих моляров 18

Saliev Sh. M., Sodikova H.R., Ikramov G.A. Prophylaxis of inflammation of maxillo-facial area connected with difficulties eruption of thirds molars 18

Атаханов Ш. Э., Якубов Р. К., Парпиев А. Г., Юсупова Б. Ю., Султанов Д. С. Влияние эмоционального предоперационного стресса на течение анестезии у детей с врожденными расщелинами верхней губы и нёба 21

Atahanov Sh. E., Jakubov R. K., Parpiev A. G., Usupova B. Ju., Sultanov D. S. Influence of emotional preoperative stress on course of anesthesia in children with congenital cleft of upper lip and palate 21

Джоннов А. А., Алиев Д.Ш., Кудратов Ш.Ш. Иммунологические показатели у больных с обширными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области 24

Jilonov A.A. et al. Immunological indices in patients with extended defects and deformations of the maxillo-facial region 24

Дадамов А.Д., Насыров А.Н., Юсупов Я.Ю. Применение облепихового масла в профилактике пострадиальных стоматитов 26

Dadamov A.D., Nasirov A.N., Yusupov Ya. Yu. Oleum hippotheae as profilactic remedy for postradial stomatitis 26

Баландина Е.К., Ишанходжаева Ф.У., Саидкаримов И.С. Скрининг-диагностика мембранодеструктивного процесса у больных с пародонтокаменной болезнью 29

Balandina E.K., Ishankhodjaeva F.U., Saidkarimov I.S. Screening diagnosis of membrane destructive process in patients with salivolithiasis disease 29

Ирсалиев Х.И., Байбеков И.М., Муслимова С.Г. Особенности взаимодействия индигенных кишечных микроорганизмов с клетками слизистой оболочки полости рта 31

Irsaliev Kh. I., Baybekov I.I., Muslimova S.G. Peculiarities of interaction of intestinal microorganisms with oral mucous cells 31

Нигматов Р.Н., Юлдашев О. Г., Калменова Г. Т., Кхабиев Р. Т. Состояние протезного ложа у больных с различными общесоматическими заболеваниями 34

Nigmatov R.N., Yuldashev O.T., Kalmenova G.T., Khabiev R.T. Prosthetic bed condition in patients with different somatic diseases 34

Сафаров М.Т. Разработка и оценка функциональной эффективности консольных протезов с разгружающими элементами 36

Хабиллов Н.Л., Нигматов Р.Н., Цой С.К. Восстановление малых включенных дефектов зубных рядов с применением методики минимальной препаровки опорных зубов 39

Рахматуллаев Ф.Т., Ирсалиев Х.И., Нигматов Р.Н., Холманов Б.А. Особенности изменения тканей протезного ложа у больных туберкулезом легких 41

Муртазаев С.М., Сайдалиев Н.С., Шаюнусова М.Т., Муртазаев С.С. Влияние врожденной расщелины губы и неба на микробиоценоз кишечника и развитие ребенка 44

Ишанова Д.И. Эффективность магнитотерапии при лечении протезных стоматитов 47

Соатов И.С., Джуроева Ш.Ф. Клинико-иммунологические показатели у больных после комплексного лечения пародонтита с применением биогенных лекарственных препаратов 50

Профилактика в стоматологии

Аврамова О.Г., Леонтьев В.К. Школьная образовательная Программа профилактики стоматологических заболеваний в г. Новомосковске (Тульская обл.): влияние на здоровье полости рта спустя один год 53

Аканов А.А., Нурашева Г.К. Программа профилактики стоматологических заболеваний в образовательных школах Республики Казахстан 56

Hans Martin Helbich, Hazel Kenny, Nicky Sheard, Frank M Herkstreter. Эффекты, ожидаемые от зубных паст - эффективная защита и отбеливание. Как сделать правильный выбор зубной пасты или "То, что Вы не видите, но должны знать, когда рекомендуете зубную пасту" 58

Новый Blend-a-med Complete. Совершенная защита «все в одном» для всей семьи 65

Йулдошхонова А.С., Мирсалихова Ф.Л. Динамика физико-химических свойств смешанной слюны при прорезывании первых постоянных моляров 67

Алимова Р.Г. Роль гигиены полости рта в профилактике кариеса зубов у детей 69

Safarov M.T. Development and assessment of functional efficiency of deentures with unloading elements 36

Khabilov N.L., Nigmatov R.N., Tsoy S.K. Restoration of minor partial included denture defects with minimal preparation of the abutment teeth 39

Rahmatullaev F.T., Irsoliev H.I., Nigmatov R.N., Holmanov B.A. Peculiarities of changes in prosthetic bed tissue in patients with pulmonary tuberculosis 41

Murtazaev S. M., Saidaliev N. S., Shayunusova M.N., Myrtazaev S.S. Influence of congenital cleft lip and cleft palate in microbiocenosis of enteric and child development 44

Ichanova D. I. The effect of magnet therapy in the treatment of stomatitis caused by dentures 47

Soatov I.S., Dhzuraeva Sh. F. Clinical-immunology parameters at the patients after complex treatment parodontitis with organic medicament 50

Prophylaxis in stomatology

Avraamova O.G., Leontiev V.K. School educational program in prevention of dental diseases in Novomoskovsk (Tula region): influence on oral health condition after one year experience 53

Akanov A.A., Nurasheva G.K. Educational program in prevention of dental diseases in Kazakh schools 56

Hans Martin Helbich, Hazel Kenny, Nicky Sheard, Frank M Herkstreter. The patient needs effective protection and whitening from a toothpaste. Considerations on recommending toothpaste. "What you don't see but should know when you recommend" 58

New Blend-a-med Complite. All-in-one protection and care for the whole family 65

Jyuldoshkhonova A.S., Mirsalikhova F.L. Dynamics of physics-chemical properties of mixed saliva during eruption the first regular molars 67

Alimova R.G. Meaning oral hygiene on prophylaxis of caries diseases 69

СОСТОЯНИЕ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ОБЩЕСОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Нигматов Р.Н., Юлдашев О. Г., Калменова Г. Т., Хабиев Р. Т.

Первый Ташкентский государственный медицинский институт

PROSTHETIC BED CONDITION IN PATIENTS WITH DIFFERENT SOMATIC DISEASES

Nigmatov R.N., Yuldashev O.T., Kalmenova G.T., Khabiev R.T.

Clinical-somatoscopic examination of oral mucosa was carried out in patients with different somatic diseases. Correlation was revealed between the severity of structural changes of the mucous and stages of the background disease. It should be taken into consideration for making decision in prosthesis and for proper stomatological tactics.

Общесоматические заболевания вызывают существенные изменения в структуре и функции тканей протезного ложа, без учета которых невозможно проведение полноценного ортопедического стоматологического лечения.

Большинство исследований слизистой оболочки полости рта (СОПР) отражая лишь частоту заболеваний зубов и парадонта, не раскрывают особенности адаптированного для данной категории больных вопросов зубного протезирования [2,3,4].

Опыт нашей кафедры по изучению влияния различных общесоматических заболеваний на ткани протезного ложа показал, что все этапы зубного протезирования, включая выбор конструкции и материала зубного протеза, а также режима их пользования, должны вестись с учетом общесоматических заболеваний и изменений в протезном ложе [1,5].

Целью настоящей работы является клинко-стоматоскопическое изучение и выявление особенностей изменения тканей протезного ложа при различных общесоматических заболеваниях для последующего оказания дифференцированной ортопедической стоматологической помощи.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование включало клинко-стоматоскопическое изучение СОПР у 68 больных с хроническими заболеваниями почек, у 95 больных, страдающих гипертонической болезнью (ГБ) различной степени и тяжести, и у 147 больных с психическими заболеваниями (из них больные шизофренией - 64, 44 - с алкогольным психозом и 37 -эпилепсией). Контролем служили 113 практически здоровых пациентов. Возраст больных колебался от 18 до 69 лет. Давность заболевания - от 1 года до 12 лет.

Стоматоскопия производилась при помощи люминисцентного фотодиагноскопа модели 611 и операционного микроскопа.

Все вышеназванные больные были тщательно обследованы, кроме врача общего профиля, также и врачом-стоматологом. При этом было проведе-

но стоматологическое клиническое обследование, включавшее опрос (сбор анамнеза), осмотр полости рта, включая осмотр при помощи простого лупы и бинокулярной лупы Цейса, пальпацию. При осмотре полости рта определялись индекс гигиены полости рта, назубные отложения, наличие или отсутствие запаха изо рта. Пристальному осмотру подвергались губы, зубы, десны, переходная складка, слизистая оболочка щек, небо, язык, подъязычная область и глотка. Пальпировались подчелюстные, глубокие шейные, околоушные лимфатические узлы и слюнные железы.

На каждого из обследованных, помимо стандартных амбулаторных карт, заполнялись специальные индивидуальные карты комплексного обследования полости рта и полученные данные вводились в ЭВМ.

Проведение указанных исследований требует оперативной обработки больших объемов клинко-диагностической информации, в связи с чем возникла необходимость использования современных средств сбора, обработки и хранения информации на базе ЭВМ и создания централизованного банка данных по клинической стоматологии. В связи с этим была применена ранее нами разработанная диалоговая медицинская информационная система под условным названием "Стоматолог", предназначенная для накопления и анализа информации по клинко-стоматоскопическим и функциональным исследованиям с последующей разработкой стоматологической тактики и методов лечения больных с дефектами зубных рядов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Стоматоскопические исследования полости рта больных с хроническими заболеваниями почек [хроническим гломерулонефритом (ХГН), хроническим пиелонефритом (ХП) и мочекаменной болезнью (МКБ)] определяют характерные изменения цвета слизистой оболочки,

также отечность, кровоточивость, петехии и эризии.

Изменение цвета зависит от содержания урочной слизи в слизистой оболочке и наиболее выражено при ХГН (цвет от бледно-желтого до желтушного оттенка), при ХП — преобладает гиперемия, а при МКБ — изменения не обнаружены.

Отечность слизистой оболочки в большей степени зависит не столько от клинической формы хронической патологии, сколько от степени нарушения функции почек. При осмотре на слизистой языка отмечаются отпечатки зубов, обильный мягкий налет, усиленная десквамация эпителия, атрофия сосочков языка. Межзубные отпечатки отечны, легко кровоточат и отстают от зубов.

Степень отечности зависит и от времени суток, она максимальна по утрам и далее постепенно спадает.

Сопоставление стоматологического статуса больных с различными хроническими неспецифическими заболеваниями почек показало, что во всех трех подгруппах (ХГН, ХП, МКБ) имели место односторонние изменения как со стороны твердых тканей зубов, так и со стороны тканей — слизистой. Показатели лабораторных анализов функции почек у большинства пациентов свидетельствуют о компенсированном и субкомпенсированном характере болезней почек. В связи с этим почти у половины больных отмечены отечность, кровоточивость слизистой, патологическая стираемость зубов и атрофия альвеолярного отростка, развитие гингивита, пародонтита.

На основании клинико-стоматоскопических исследований у больных с гипертонической болезнью (ГБ) удалось возможным различить 3 подгруппы больных на основании характера клинической картины.

К первой подгруппе в количестве 36 больных (27,3 %) с ГБ стоматоскопически наблюдалась отечность СОПР, гиперемия десневого края в области десневых зубов, порой обильные над и поддесневые отложения. Фокус воспаления находился, как правило, в области имеющихся зубов. Здесь наблюдалось резкое расширение поверхностных капилляров, иногда петехиальные кровоизлияния, периферии наблюдался спазм поверхностных сосудов, бледно-розовой окраской слизистой. Часто имеющиеся зубные протезы не соответствовали требованиям и служили таким образом дополнительным раздражающим фактором.

33 больных (34,7%) во второй подгруппе с ГБ стоматоскопически характеризовались тотальным или субтотальным отеком СОПР, спазмом периферических сосудов. Стоматоскопически цвет слизистой бледный, местами (в области переходных

складок, десневых сосочков и др.) белесоватый налет гиперкератотического происхождения. У лиц, пользовавшихся съемными конструкциями зубных протезов, имелись отчетливые отпечатки краев протезов.

В третьей подгруппе у 26 больных (27,3 %) ГБ стоматоскопически наблюдались изменения как воспалительного, так и дистрофического характера.

Результаты стоматоскопических исследований и их анализ о состоянии полости рта всех 147 больных с психическими заболеваниями показал, что 88,4 % (130 чел) из них страдали ярко выраженными воспалительно-дистрофическими процессами в тканях пародонта сохранившихся зубов. Выраженность отмеченной картины увеличивалась в прямой зависимости от давности заболевания.

Следующие особенности были выявлены при углубленном стоматоскопическом обследовании полости рта больных, страдающих алкогольным психозом (44 больных): на языке явления атрофии, сглаженность нитевидных сосочков, уменьшение количества грибовидных сосочков, гиперемированные, в 78% случаях наблюдается складчатость языка. На слизистой оболочке щек и на линии смыкания зубов, а также в углах рта и на красной кайме губ обнаруживаются (в 32,6% случаях) очаги помутнения, кератоз.

Обследование полости рта у больных, страдающих эпилепсией, представляет интерес в том отношении, что при лечении основного заболевания (эпилепсии) применяются такие фармакологические препараты, которые, обладая противосудорожным действием, вызывают гипертрофию десен. Так, из 37 больных эпилепсией в 97% случаев (у 35 больных) наблюдались гипертрофические гингивиты. У 27% (10 больных) она сопровождалась гиперемией десневого края и кровоточивостью, которая носила локализованный характер. Клинически гипертрофия десны проявлялась утолщением десневого края с образованием валика плотной консистенции с помутнением.

Стоматоскопически выявлены очаги помутнения поверхности слизистой оболочки губ и щек за счет белесовато-грязного налета и явления очагов кератоза. У 76,0 % случаев (у 28 больных) отмечалась отечность щек с наличием отпечатков зубов. Эпителий кератизированных участков непрозрачный, сосудистый, сеть не просвечивает.

Слизистая оболочка альвеолярного отростка и твердого неба у всех больных имела бледную (иногда желтушную) окраску, у 29,3 % (11 больных) имела место сглаженность поверхности слизистой оболочки.

Таким образом, на основании примененных нами клинико-стоматоскопических исследований

СОПР у больных с общесоматическими заболеваниями удалось выявить характерные изменения СОПР различной степени и тяжести поражения, с выраженными признаками как воспалительного, так и дистрофического характера.

ВЫВОДЫ:

1. Сравнительный анализ клинических изменений СОПР с общим состоянием больных позволил нам выявить определенную корреляцию между тяжестью структурных сдвигов (характером и объемом дистрофических, дисциркуляторных и воспалительных изменений тканей протезного ложа) и стадиями разных форм заболевания.

2. На основании примененных нами клинико-стоматоскопических исследований СОПР можно выделить соматических больных в зависимости от характера течения воспалительно-дистрофического процесса.

3. Выявленные по ходу исследования характерные изменения слизистой оболочки протезного ложа должны быть учтены при выборе стоматологической тактики (срока начала ортопедического лечения, выбора конструкции протеза, методов препаровки естественных зубов и снятия слепков, врачебного поведения при коррекции зубных про-

тезов и врачебной тактики в периоде адаптации к зубным протезам).

Литература

1. Ахмедов П.М., Адылов К.А. Состояние органов полости рта у больных, пользующихся различными конструкциями зубных протезов и страдающих болезнями крови и кровотоков системы. // Материалы научной конференции стоматологов Ташкента - Ташкент - 1989. - с. 93-96.
2. Джумадилаев Д.Н. Показания и противопоказания к применению комплексов профилактических мероприятий при препарировании твердых тканей зубов у больных с пороками сердца // Пути развития стоматологии в современных условиях: Материалы 1 съезда стоматологов Казахстана.- Алматы, 1998.-с. 272-280.
3. Леонова Л.Е., Некрутенко Л.А., Балуева Н.М., Павлова Г.А., Красина Ю.Ю. Оптимизация терапии генерализованного пародонтита у больных с гипертонической болезнью // Материалы IV съезда стоматологической ассоциации России. М.1998. с. 57-59.
4. Яковлев П.В., Яковлева Л.П., Ивасенко П.И., Ильин А.В. Схема действий стоматологической помощи пациентам с сердечно-сосудистой патологией. //Стоматология. Спец.выпуск М. 1998.-с. 39-41.
5. Закиров Н.З. Состояние несъемных зубных протезов и слизистой оболочки протезного ложа больных сахарным диабетом // Актуальные проблемы современной стоматологии. Материалы научно-практической конференции, г. Бухара. -1997 - с. 98-99.

УДК: 616.31-089.2

РАЗРАБОТКА И ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСОЛЬНЫХ ПРОТЕЗОВ С РАЗГРУЖАЮЩИМИ ЭЛЕМЕНТАМИ

Сафаров М.Т.

Первый Ташкентский государственный медицинский институт

DEVELOPMENT AND ASSESSMENT OF FUNCTIONAL EFFICIENCY OF DEENTURES WITH UNLOADING ELEMENTS

Safarov M.T.

The results were presented of rheographic, gnatodynamometric investigations in 84 patients - carriers of conventional and new samples of console prosthesis. The findings confirmed normalization of hemodynamics in the abutment periodontium as well as increase of endurance of the periodontium to vertical load 1.6-fold, to horizontal one 2.2-fold in patients using console dentures with unloading elements.

Данные литературы свидетельствуют о том, что функциональная перегрузка опорных зубов часто возникает вследствие неправильного подбора конструкции зубных протезов. Конструктивная особенность традиционных консольных протезов, а именно их односторонняя фиксация, в конечном итоге приводит к перегрузке опорных зубов [4]. Оставаясь, по сути, одноплечим рычагом, консольный протез вызывает перегрузку опорных зубов как от вертикальных, так и от горизонтальных нагрузок

[2]. Исходя из этого, обеспечение вертикальной и трансверсальной стабилизации консольных протезов могло бы существенно снизить их побочное воздействие на пародонт опорных зубов при одновременном повышении функциональной эффективности зубного протезирования.

Целью настоящей работы является оценка функциональной эффективности новых конструкций консольных зубных протезов с разгружающими элементами.

функциональной эффективности протезов было значительным.

Таким образом, замещение дефектов зубного ряда консольными протезами нового образца не вызывает усугубления процессов гемодинамики тканей опорного пародонта, а также не вызывает функциональной перегрузки опорных зубов.

ВЫВОДЫ

1. Из-за того, что в консольных протезах с разгружающими элементами опорные зубы стабилизированы в вертикальной, трансверсальной и сагитальной плоскостях, передаваемые давления распределяются относительно равномерно, благодаря чему не происходит нарушения со стороны сосудистой системы.

2. Реографические, гнатодинамометрические показатели пародонта опорных зубов прогрессив-

но ухудшаются по мере увеличения сроков пользования традиционными консольными протезами.

3. Применение консольных протезов нового образца приводит к нормализации гемодинамики тканей опорного пародонта, а также повышает выносливость пародонта к вертикальным нагрузкам в 1,6 раза, а к горизонтальным - в 2,2 раза.

Литература

1. Агзамходжаев С.С. Автоматизированная обработка данных реограмм // Мед. журн. Узб.-1996. № 1.-с.91-93.
2. Бекметов М.В., Ходжиметов Т.А. Методы измерения выносливости зубов к вертикальной и горизонтальной нагрузкам // Материалы научн. конф. стоматологов.- Ташкент, 1991.
3. Зуфаров С.А., Агзамходжаев С. С., Камилов Х.П. Автоматизированная обработка реограмм. // Метод. реком.- Ташкент, 1994.-16 с.
4. Сухарев М.Ф. Исследование напряженного состояния мостовидных протезов. // Стоматология.- 1991, № 3.-с.48.

УДК 616.31-089.28

ВОССТАНОВЛЕНИЕ МАЛЫХ ВКЛЮЧЕННЫХ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДИКИ МИНИМАЛЬНОЙ ПРЕПАРОВКИ ОПОРНЫХ ЗУБОВ

Хабиллов Н.Л., Нигматов Р.Н., Цой С.К.

Первый Ташкентский государственный медицинский институт

RESTORATION OF MINOR PARTIAL INCLUDED DENTITION DEFECTS WITH MINIMAL PREPARATION OF THE ABUTMENT TEETH

Khabilov N.L., Nigmatov R.N., Tsoy S.K.

Prosthesis was performed in patients with minor included defects with the use of composite materials. Analysis of the results of orthopedic treatment, comparative characteristics with conventional prosthesis and account of advantages and disadvantages of the technique allowed its recommendation for eradication of minor included dentition defects.

При малых частичных включенных дефектах зубных рядов наиболее широко используемым методом протезирования является мостовидное протезирование, реже - съемное микропротезирование, зубная имплантация. Однако перед врачом-стоматологом зачастую возникают небольшие проблемы, связанные с нежеланием пациента подвергаться препарированию зубов, а также с нежеланием пользоваться съемными протезами.

Учитывая эти условия, многие стоматологи стремятся к разработке методики протезирования, наиболее удобной и приемлемой для пациента (т.е. несъемной, эстетически и материально выгодной), а самое главное - наименее травматичной, с минимальной preparацией опорных зубов или без preparации зубов (Варес Э.Я., 1993).

Широкий спектр материалов, используемых в стоматологии, позволяет применять методику протезирования с применением адгезивных мостовидных протезов.

Целью исследования являлось обследование и протезирование больных с малыми включенными дефектами с применением методики минимальной preparации опорных зубов, их оценка и сравнительная характеристика с традиционными методами протезирования.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследованы и отпротезированы 47 больных с малыми включенными дефектами зубных рядов (отсутствие 1-2 зубов) во фронтальном и (отсутствии 1 зуба) в боковом отделе верхней и нижней челюстей. Повторное обследование больных проводилось через 3, 6 мес., 1 и 2 года.

Из них: 29 больных были отпротезированы традиционным методом (17 человек с помощью мостовидных протезов, 12 человек - съемными микропротезами) и 18 больных с помощью адгезивных мостовидных протезов (см. табл.). У всех

больных, находящихся под наблюдением, опорные зубы были интактными.

Таблица

Метод протезирования	Вид протеза	Количество больных	Количество протезов
Традиционные мостовидные протезы	несъемные	17	29
	съемные	12	12
С минимальной перепаровкой опорных зубов	несъемные	18	24
Всего		47	65

В процессе ортопедического лечения больных и последующего наблюдения проводилось клинικο-стоматоскопическое исследование больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Адгезивный мостовидный протез (АМП) фиксируется на опорных зубах с помощью композитного материала. Каркасы этих протезов были отлиты из хром-кобальтового сплава, а промежуточная часть была облицована фарфором или пластмассой, что позволяет придерживаться косметических требований. Восстановление дефектов зубных рядов адгезивными мостовидными протезами осуществляется в следующем порядке.

В первое посещение пациента: после тщательного обследования проводится беседа с ним о существующих методах протезирования, обо всех достоинствах и недостатках адгезивных мостовидных и других протезов, выслушивается пожелание пациента, снимается анатомический слепок эластичной массой, отливается диагностическая модель. Всесторонне изучив и обследовав модель, учитывая положение и состояние опорных зубов, на основании параллелометрии планируют будущую конструкцию АМП (см. рис.1). Затем приступают к препарированию опорных зубов. Препарирование производится в пределах эмали. В области экватора с оральной стороны создается уступ, препарируется также оральная стенка зубов на толщину опорных элементов $\approx 0,5$ мм. Затем создают вертикальные параллельные пазы (по 2 на каждом зубе) ближе к контактной поверхности. На жевательной поверхности опорных зубов мы предлагаем создавать только ложе для окклюзионной накладке по всей длине жевательной поверхности зуба и углубления для парапульпарных штифтов, отходящих от каркаса АМП глубиной 1,0-1,5 мм. Таким образом вестибулярная поверхность опорных зубов остается нетронутой, что отличает его от традиционного метода зубного протезирования. Снимается двухслойный слепок. В лаборатории изготавливают АМП.

Во второе посещение припасовываются АМП на опорные зубы, фиксируются на композитный

материал. Пациентам рекомендуют являться для профилактического осмотра через 3, 5 и 10 дней, потом 3 и 6 мес. после протезирования, а в случае расцементировки АМП немедленно.

За 2 года было поставлено 24 АМП 18 больным, 29 традиционных мостовидных протезов 17 больным и 12 микропротезов 12 больным (см. табл.1). 3 пациентов с традиционными мостовидными протезами в течение 2-х лет не наблюдалось расцементировки, расшатывания конструкции. Пациенты, пользующиеся микропротезами в период наблюдения, неоднократно обращались по поводу возникавших неудобств - натирания слизистой оболочки протезного ложа, нарушения произношения звуков, плохой фиксации. В результате чего у 8 пациентов возникло желание протезироваться несъемными видами протезов.

Период привыкания пациентов к АМП составил до 5 дней. В 17 случаях расшатывания и расцементировки течение 2-х лет не произошло. В 3 случаях расцементировка произошла через 6-8 месяцев, в 4 - через 8-12 месяцев.

При обследовании пациентов в течение 2-х лет в 3 случаях выявлены явления вторичного кариеса. Но во всех случаях расцементировки и явлений вторичного кариеса после необходимой подготовки и обработки ложа на опорных зубах и АМП конструкцию вновь фиксировали с помощью композитного материала. Причем качество повторной фиксации не уступало первичной.

На основании проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

1. Выявляются следующие характерные преимущества АМП:



Рис.1. Основные элементы конструкции адгезивных мостовидных протезов.



- минимальная препаровка опорных зубов,
 - практически отсутствие травматического поражения десны;
 - высокая косметичность протезов;
 - отсутствие контакта с десной, следовательно отсутствие раздражающего фактора;
 - относительно невысокая стоимость протезов;
 - быстрое привыкание к протезам.
- II Недостатки:

- меньшая прочность фиксации на зубах в сравнении с традиционными мостовидными протезами;
- с оральной стороны виден металл.

Учитывая преимущества и недостатки и то, что эти недостатки поправимы, а также принимая во внимание пожелания больных, можно рекомендовать данный вид протеза как достойную альтернативу в выборе метода устранения малых включенных дефектов зубных рядов.

УДК 616.31-076-053 2/5

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ТКАНЕЙ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Рахматуллаев Ф.Т., Ирсадиев Х.И., Нигматов Р.Н., Холманов Б.А.

Первый Ташкентский государственный медицинский институт

PECULLARITIES OF CHANGES IN PROSTHETIC BED TISSUE IN PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS

Rahmatullaev F.T., Irsoliev H.I., Nigmatov S.A., Holmanov B.A.

The present work is devoted to investigation of the state of the mouth cavity (MC) and peculiarities in rendering an orthopedic stomatologic assistance to patients with pulmonary tuberculosis (PTB). The work is based on the results of clinical and functional observation and curation with rendering orthopedic stomatologic assistance to 323 patients with PTB. Investigations were carried out with consideration to a form and course of TB as well as dependence on intactness of dentition in patients with dental prosthesis (DF).

Известно, что туберкулез легких способствует развитию ряда стоматологических заболеваний: наблюдается высокий процент поражаемости зубов кариесом, заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта (Л.И.Авдоница, О.М.Хомутович, Г.И.Сирота, 1986; Л.Д.Машкович, А.Г.Сосновский, 1987; Д.Д. Яблоков, А.Т.Галудина, 1990).

Это же время особенности влияния зубных протезов на опорный аппарат сохранившихся зубов, слизистую протезного ложа у больных туберкулезом остаются малоизученными. Между тем, как свидетельствуют наши клинические наблюдения, большинство зубных протезов у больных туберкулезом не соответствуют протезному ложу вследствие значительных его изменений. Малая эффективность зубного протезирования, высокая частота побочного воздействия зубных протезов обуславливаются тем, что при оказании ортопедической стоматологической помощи таким больным не учитывают влияния общесоматических заболеваний на состояние органов полости рта (С.А.Зуфаров, 1986). Соматические заболевания вызывают существенные изменения в структуре и функции тканей протезного ложа, без учета которых невозможно достижение полноценного ортопедического стоматологического лечения. Однако для больных тубер-

кулезом легких, которые, как известно, имеют очень высокую предрасположенность к стоматологическим заболеваниям и нуждаются в зубном протезировании, принципы дифференцированной тактики не разработаны.

Цель нашего исследования - определить особенности изменения тканей протезного ложа у больных туберкулезом легких и разработать рекомендации по предупреждению у них побочных воздействий ортопедических стоматологических вмешательств и зубных протезов.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Работа основана на клиническом наблюдении и курации с оказанием ортопедической помощи 323 больных туберкулезом легких в возрасте от 20 до 60 лет и старше, находящихся на стационарном лечении в НИИ туберкулеза Республики Узбекистан и в санатории «Красный Октябрь» г. Ташкента. Обследованы также 115 практически здоровых лиц из числа пациентов, посетивших поликлинику ортопедической стоматологии Первого ТашГосМИ, которые составили контрольную группу.

При выполнении работы были использованы стоматоскопические, морфологические, реографи-

ческие и микробиологические методы исследования протезного ложа у больных туберкулезом легких.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Изучение состояния зубов и зубных рядов и необходимости обследуемого контингента больных в стоматологической и ортопедической помощи показало низкий уровень гигиенического состояния полости рта и недостаточность санации полости рта у этих больных до поступления в клинику.

Так, у $78,25 \pm 4,28\%$ больных выявлены кариес зубов и его осложнения, у $82,7 \pm 3,25\%$ - частичная вторичная адемия; у $69,79 \pm 2,55\%$ больных отмечались зубные отложения.

При изучении твердых тканей зубов обнаружено, что распространенность поражения зубов кариесом составляет $87,20 \pm 2,7\%$ при КПУ $8,2$ (среднее количество удаленных зубов равно $6,7$).

Для кариеса характерно острое клиническое течение в период разгара основного заболевания; в это время у больных выявляются множественное поражение, атипичная локализация, снижение болевой чувствительности пульпы. Эти данные необходимо учитывать во время препаровки зубов и в случаях использования кариозных зубов в качестве опоры мостовидных и других конструкций зубных протезов во избежание осложнений.

Кроме кариеса, у больных туберкулезом легких нами выявлена значительная распространенность заболевания пародонта, которая составляет $74,92 \pm 3,22\%$ ($52,4\%$ в контроле). Чаше, чем в контроле, встречалась воспалительно-дистрофическая форма поражения тканей пародонта ($71,52 \pm 1,25\%$), иногда с дистрофической симптоматикой пародонтоза ($3,40 \pm 0,97\%$).

Характерной чертой заболевания пародонта у больных туберкулезом легких является резкая атрофия его тканей ($42,10 \pm 2,03\%$) и, вследствие этого существенное нарушение конгруэнтности протеза со слизистой оболочки протезного ложа. В таких случаях фактор травматизации слизистой краем протеза резко возрастает.

На день обследования в зубном протезировании нуждались $81,44 \pm 5,02\%$ больных; из них $39,94 \pm 1,25\%$ в несъемном, $41,80 \pm 2,61\%$ в съемном протезировании.

Из 84 больных, пользующихся несъемными конструкциями зубных протезов, у 51 ($60,72 \pm 2,64\%$) они были непригодными. Из 40 больных, пользующихся съемными конструкциями зубных протезов, 28 ($70,1 \pm 1,25\%$) нуждались в повторном протезировании. В шинировании зубов и выравнивании окклюзии нуждались соответственно $28,79 \pm 1,89\%$ и $26,10 \pm 1,23\%$ больных.

Наши исследования зубных протезов, имеющих у больных туберкулезом легких, показали, что

зубные протезы чаще и быстрее приходят в негодность вследствие существенных изменений рельефа протезного ложа, особенно в периоде обострения основного заболевания. Эти данные свидетельствуют о целесообразности предохранения сохранившихся зубов от функциональной перегрузки и необходимости учета этого фактора при выборе конструкции зубных протезов.

Изучение слизистой оболочки полости рта протезного ложа представляло для нас особый интерес, так как при туберкулезе легких происходят различные изменения в органах и системах организма. Так, при стоматоскопическом осмотре слизистой оболочки полости рта нами обнаружены хейлиты в $44,1 \pm 2,7\%$ случаях, глосситы $54,48 \pm 2,77\%$, отечность слизистой оболочки полости рта - в $21,67 \pm 2,13\%$, кератозы - в $21,05 \pm 2,2\%$ случаев; кандидозы слизистой оболочки полости рта выявлены в $9,90 \pm 1,66\%$ случаев, протезные стоматиты - в $86,43 \pm 5,6\%$, нейрогенные расстройства вследствие ношения пластмассовых зубных протезов - в $24,13\%$.

Таким образом, мы убедились в том, что вследствие длительной туберкулезной интоксикации слизистая оболочка полости рта и протезного ложа становится более ранимой, подверженной воздействию различных неблагоприятных факторов, вследствие чего частота протезных стоматитов у таких больных выше, чем у лиц контрольной группы.

В последнее время в литературе появились сообщения о развитии кандидозов у больных туберкулезом легких. Поэтому нам было необходимо выяснить, насколько выражены кандидозы в полости рта, особенно у больных, пользующихся съемными пластиночными зубными протезами.

Микробиологические исследования проводились у 32 больных туберкулезом легких, кандидозность выявлено у $81,5 \pm 2,56\%$ из них, а кандидозы слизистой оболочки полости рта - у $9,90 \pm 1,66\%$. Среди больных, пользующихся съемными пластиночными протезами, кандидозы слизистой оболочки наблюдались в $31,5 \pm 1,85\%$ случаев.

Следует подчеркнуть, что в $14,4 \pm 1,10\%$ случаях смывах из полости рта, со съемных зубных протезов обнаружено наличие микобактерий туберкулеза.

Таким образом, одной из наиболее частых встречающихся причин протезных стоматитов у больных туберкулезом легких являются кандидозы слизистой оболочки протезного ложа.

При реографическом исследовании наиболее выраженные сосудистые изменения выявлены у больных с очаговыми и инфильтративными формами туберкулеза легких. Более глубокие сосудистые изменения наблюдались у больных с диссеминированной и фиброзно-кавернозной формами туберкулеза.



т в неплотной
ий рельеф
: обострен
: видитель
: ранен
: перегр
а при вы

сти рта
собый пер
роисходи
:мах все
м осмот
обнаруж
сциты -
чки по
0,05±2,28
и полост
езные ст
:стройств
ых прот

что влек
кации сл
о ложа ст
одейств
вследств
а больн

лись со
х тубер
цимо вы
в полост
я съемн

провед
идиносо
а канди
0,90±1,6
ми пласт
ой обол

% случа
ых прот
еркулеза
асто встр
гов у бол
идозы сл

и наимен
явлены
ными ф
ие сосуда
с диссем
й форман

Слизистая оболочка альвеолярного гребня у больных, пользующихся съемными пластиночными зубными протезами, характеризуется утоншением рогового слоя, а в некоторых местах полным отсутствием. Выявленные изменения свидетельствуют о побочном действии съемных пластиночных зубных протезов.

Следовательно, эпителиальный слой в ранние сроки пользования съемными пластиночными зубными протезами значительно гипертрофирован за счет шиповатого поверхностного слоя и увеличения митотической активности росткового слоя. Длительное пользование пластиночными зубными протезами, по-видимому, приводит к истощению компенсаторных возможностей эпителия слизистой оболочки, которое сопровождается значительным утончением эпителиального пласта. Все это указывает на нарушение трофики эпителия и в конечном итоге деструктивные изменения его клеток. Вывод из этих представлений, уменьшение объема площади базиса зубных протезов у больных туберкулезом легких благотворно влияет на слизистую оболочку протезного ложа.

Таким образом, на основании результатов проведенных нами клинико-функциональных и морфологических исследований мы разработали тактику оказания ортопедической стоматологической помощи больным туберкулезом легких.

ВЫВОДЫ

У больных туберкулезом легких наблюдается высокая поражаемость хейлитами (44,1±5,63%), кариесом зубов (87,2±2,67%), заболеваниями пародонта (74,92±3,22%), кератозами СОПР (21,05±2,26%), заболеваниями языка (54,12±2,17%), а также протезными стоматитами (86,43±5,63%). 19,2% больных туберкулезом легких имеют зубные протезы, 75%

нуждаются в зубном протезировании, лишь 5,8% больных не нуждаются в ортопедической помощи. Кроме того, 73,06% функционирующих протезов признаны неудовлетворительными и фактически требуют переделки.

Хроническая туберкулезная интоксикация организма и лекарственные средства, используемые для лечения туберкулеза легких, оказывают влияние на особенности клинической и функционально-морфологической симптоматики, течения и ремиссий стоматологических заболеваний, в том числе и обусловленных зубными протезами. Поэтому при решении вопросов о показаниях и противопоказаниях к зубному протезированию, выборе конструкции и материалов для зубных протезов и разработке рекомендаций по уходу и использованию последних необходимо учитывать специфические особенности тканей протезного ложа и организма больных туберкулезом легких.

Литература

1. Автушенко И.Д., Молоканов Н.Я. Состояние слизистой оболочки рта при различных формах туберкулеза легких// Вопросы реактивности и адаптации в стоматологии: Тр. Смоленского пед.института. - Т. 55. - Смоленск, 1972. - С. 91-93.
2. Авдоница Л.И., Хомутовский О.А., Сирота Г.И. Ультраструктурные изменения десны у больных туберкулезом легких //Стоматология. - 1986, № 2. - С. 16-18.
3. Замскова З.С., Дорожкова И.Р. Скрытопротекающая туберкулезная инфекция. - М., 1984. - С.3-37.
4. Мошкович Л.Д., Сосновский А.Г. Влияние съемных пластиночных протезов на капиллярное кровообращение десны и факторы гемокоагуляции в слюне// Стоматология. - 1987, № 1. - С. 64-66.
5. Просверяк Г.И., Королевич А.М. и др. Стоматологическая диспансеризация больных туберкулезом легких// Диспансерная работа противотуберкулезных учреждений. - Минск, 1981. - С. 87-90.
6. Яблоков Д.Д., Галибина А.И. Туберкулез легких в сочетании с внутренними болезнями. - Томск, 1990. - С. 121.