

N 65



QAFQAZIN STOMATOLOJII YENILIKLƏRI

4 2001

Procter & Gamble

Избирательная пришлифовка преждевременно контрактирующих зубов химическим способом

Илгматов Р.Н., Якубова Ф.Х., Юлдашева Н.Р.

Кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии I-ТашГосМИ,
г.Ташкент

При частичной потере зубов, заболеваниях пародонта, а также при аномалиях и вторичных деформациях зубо-челюстной системы нередко появляются преждевременные окклюзионные контакты, которые ввиду развития вторичной травматической окклюзии, ухудшают течение и прогноз болезни. Кроме того, при патологии органов челюстно-лицевой области (парафункции жевательных мышц, болевого синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава) наряду с терапевтическим воздействием необходимо нормализовать окклюзионную нагрузку по величине, направлению и продолжительности (Каламкаров Х.А., 1981, Vario P., Rezzole N., 1979).

Избирательная пришлифовка зубов направлена на устранение функциональной травматической перегрузки пародонта, установление множественного и равномерного окклюзионного контакта между верхним и нижним зубными рядами. В конечном итоге исключаются парафункциональные ситуации, обусловленные преждевременными окклюзионными контактами.

Во многих стоматологических лечебных учреждениях пришлифовка зубов пока еще не получила достаточного признания (Каламкаров Х.А., 1981). Это объясняется, с одной стороны, боязнью врачей сошлифовывать естественные здоровые зубы, с другой - отсутствием единой общепризнанной методики, а также в следствии сложности проведения данной методики, необходимости многократной посещаемости, страх больного, невозможности добиться очень точных и долговременных результатов.

Избирательная пришлифовка зубов и коррекция окклюзии приводит к улучшению функ-

ции жевательного аппарата, исключении травматических узлов, уменьшении напряжения мышц и ощущения неудобства и даже боли в процессе смыкания зубов, устранении некоторых функциональных нарушений перед протезированием, вредных привычек и закреплении результатов ортодонтического лечения.

Целью настоящей работы - нормализации окклюзии путем избирательной пришлифовки преждевременного контактирующих зубов при помощи химического способа.

Материал и методика. Исследования проведены у 34 больных (11 мужчин и 23 женщин) в возрасте от 18 до 55 лет, страдающих частичной вторичной адентией с явлением вторичной деформацией и заболеваниями пародонта. Ортогнатический прикус был у 27 больных, парямой - у 4, глубокий - у 3. Всем больным проводили клинко-стоматоскопическое обследование, готовили диагностические модели, на которых изучали индивидуальные особенности окклюзионных взаимоотношений, тип смыкания зубов, их наклон и другие антропометрические измерения. У части больных проводили рентгенологические исследования.

Для определения преждевременных окклюзионных контактов получали обзорные окклюдодиаграммы по методике И.И. Посталаки (1987). Для этого использовали 2 пластины воска для бюгельных работ, между которыми прокладывали алюминиевую фольгу толщиной 0,01 мм. Избирательную пришлифовку проводили по нежеопысываемой методике.

Методика проведения химического способа избирательной пришлифовки зубов:

в проведении данной методики используются

LİTERATURA

1. Гемонов В.В., Большаков Г.В., Цыренов Б.Б. Гистоархитектоника эмали зубов человека. // Стоматология, 1998, -1. С. 5-8.
2. Золотарева Ю.Б. Избирательное пришлифовывание при лечении болезней пародонта. / Материалы 4-съезда стоматологической ассоциации России, М., 1998, С.49.
3. Каламкарв Х.А. Заболевания пародонта. М. 1981. 187 с.
4. Ловчинок И.Д. Диагностика, клинко-функциональная характеристика окклюзионных нарушений и особенности их ортопедического лечения. -Дисс.канд.мед.наук., Киев, 1990, -143 с.
5. Линченко И.В. Морфологические особенности окклюзионных поверхностей зубов в различные возрастные периоды. Дисс.канд.мед.наук., Волгоград, 1998. 113 с.
6. Легович М., Мадв Л. Аномалии окклюзии во временном и смешанном прикусах. // Стоматология, 1998,-3. С.51-56.
7. Персин Л.С., Ханукай А.Р. Гармония лица и окклюзия. // Стоматология, 1998, -1. С. 66-70.
8. Спицица Н.П. Сравнительная оценка методов одонтопрепарирования при ортопедическом лечении. Дисс.канд.мед.наук., М., 1996. 130 с.
9. Borio P., Pezzole M. -Minerva stomat., 1979, v. 28, p. 225-230.
10. Silverman M.M. Occlusion in Prosthodontics and in the Natural Dentition, Washington, 1982, p. 245-254.

XÜLASƏ

**VAXTINDAN QABAQ TOXUNAN DIŞLƏRİN KİMYƏVİ
ÜSULLARLA SELEKTİV HAMARLANMASI**

Niqmatov R.N., Yakubova F.X., Yoldaseva N.R.

Ceynomə aparatının okklyuzion yükünü normallaşdırmaq üçün müəlliflər tərəfindən dişlərin selektiv hamarlanmasının kimyəvi üsulu istifadə edilmişdir.

Müşahidə altında 18 yaşdan 55 yaşına qədər dişlərin ikincili deformasiya ilə ağırlaşmış ikincili hissəvi adentiya və parodont xəstəliyi ilə qismən əziyyət çəkən 34 (11 kişi və 23 qadın) xəstə olmuşdur.

Dişlərin kimyəvi hamarlanması üsulunda 30%-li ortofosfat turşusundan istifadə edilmişdir.

Особенности состояния тканей протезного ложа при гематологических заболеваниях

Кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии I-ТашГосМИ, г.Ташкент



Нигматов Р.Н.
доцент

При оказании ортопедической стоматологической помощи больным страдающим общесоматическими заболеваниями, особенно, страдающие болезнями крови и кроветворных органов часто не учитывается состояние органов протезного ложа, что способствует возникновению целого ряда нежелательных явлений, в частности уменьшению сроков пользования зубными протезами, увеличению частоты протезных заболеваний, ускорению атрофических процессов органов полости рта, удлинению сроков адаптации к зубным протезам, в некоторых случаях об отказе пользования ими.

В отечественной и зарубежной литературе очень мало сведений относительно особенностей ортопедической стоматологической тактики при гематологических заболеваниях.

Стоматологическая литература и клинический опыт стоматологов /Русак М.К., Бусыгина М.В., Воробьева А.И., Лузкова С.Л., Дунаевский В.Н., Ландо Р., Хаваш Ф., Постникова А.И., Петросян И.Г., Кутьков Ю.П. и др./ располагают огромным материалом о том, что болезни крови и кроветворных органов имеют характерные клинические проявления в полости рта. Основная масса этих исследований были направлены на выявление частоты и тяжести тех или иных стоматопатий, а также проводились в целях ранней и дифференциальной диагностики заболеваний крови и кроветворных органов.

Целью настоящего исследования является изучение состояния протезного ложа рта больных страдающих различными болезнями крови, кроветворных органов и профилактике побочных воздействий зубных протезов.

Задачей нашего исследования является изучение особенностей тканей протезного ложа и их реакция на ортопедические стоматологические манипуляции и на протезы у гематологических больных. Это позволит в последующем решить ряд проблем, в частности разработки рекомендаций по дифференциальному решению показаний и противопоказаний к зубному протезированию, оптимальных конструкций, материалов и методов изготовления зубных протезов, выбору времени благоприятного протезирования, режима пользования, ухода за протезами и тканями протезного ложа.

Для решения поставленных задач нами обследовано состояние органов полости рта у 309 больных, страдающих различными болезнями крови и кроветворной системы, в НИИ гематологии и ПК Республики Узбекистан. Нозологические формы и возрастные показатели даны в таблице №1.

Состояние твердых тканей зубов и зубных рядов изучали по общепринятой методике. Диагнозы установлены на основании клинических и рентгенологических исследований.

Состояние парадонта изучены по классификации ВОЗ. Кроме общепринятых клинических методов исследования, использованы специальные методы: стоматоскопия, электромиография, реография, электроодонтодиагностика, термометрия, полярография, а также морфологические методы исследования. Кроме клинико-функциональных методов исследования нами изучены состояния имеющихся зубных протезов в полости рта и нуждаемость в зубном протезировании.

Таблица 1

№	нозологические формы	кол-во больных	до 2 лет	20-2 лет	30-3 лет	40-4 лет	50-5 лет	60 и старше
1.	Болезнь Верльгофа	47	11	10	11	5	9	1
2.	Гемофилия	29	13	10	5	4	1	-
3.	Ж.Д.А.	67	-	17	8	18	9	15
4.	Гипопластическая анемия	44	-	13	13	3	2	13
5.	Гемолитическая анемия	13	-	4	4	2	3	-
6.	Постгеморрагичес. анемия	43	-	6	9	18	8	2
7.	Лимфолейкозы	23	-	-	-	4	8	2
8.	Миелолейкозы	39	-	3	5	8	11	11
9.	Острые лейкозы	5	-	3	-	-	2	-
10.	Всего:	309	24	76	55	58	53	43

В зависимости от гематологического диагноза больные были разделены на 3 группы: В первую группу включены 76 больных, страдающих геморрагическими диатезами /Болезни Верльгофа - 47/, /гемофилия - 29/, во вторую группу - 67 больных, страдающих различными анемиями /ЖДП - 67, гипопластическая анемия - 44, гемолитическая анемия - 13, постгеморрагическая анемия - 43/. В третью группу включены 66 больных, страдающих лейкозами /лимфолейкозы - 23, миелолейкозы - 38, острые лейкозы - 5/.

Результаты обследования больных, включенных в первую группу показали, что при болезни Верльгофа, характеризующейся снижением количества тромбоцитов в крови, кроме типичных внешних признаков, обращает на себя внимание кровоизлияние под кожу и кровоточивость из слизистых оболочек, которые возникают спонтанно или под влиянием едва заметных травм. Кровотече-

ния наблюдались в большинстве случаев из межзубных сосочков и пришеечного края десны. В других местах слизистая оболочка полости рта бледного цвета, атрофична.

Зубы и слизистые оболочки десны у таких больных не подвергались лечению из-за боязни вызвать повторных кровотечений. На зубах имелись обильные отложения с темно-бурым налетом.

Во второй группе обследовали 167 больных, страдающих разными анемиями. У больных, страдающих железодефицитной анемией /67/ почти у всех отмечались сухость, шелушение каймы губ, бледность кожных покровов и слизистой оболочки полости рта.

Высокая поражаемость зубов кариесом наблюдались у этих больных.

Межзубные сосочки в области разрушенных зубов и корней гиперемированны, отечны, рыхлые. На слизистой оболочке щеки,

твердого неба наблюдались единичные пестехии. У большинства больных сухость во рту затрудняла обработку, формирование и проглатывание пищевого комка. Возникла необходимость дополнительно смачивать их. У больных с этой патологией чаще всего отмечалась атрофия слизистой оболочки полости рта, особенно нитевидных и грибовидных сосочков языка, у некоторых больных отмечалась полная атрофия всех сосочков языка /по типу Гюнтер-Миллеровского Глоссита/. У некоторых больных отмечалась парестезия и нарушение вкусовой чувствительности.

У больных /44/ с гипопластической анемией в начале заболевания беспокоили частые кровотечения из десен при чистке зубов и при приеме грубой пищи. При осмотре полости рта обращала на себя внимание резкая бледность слизистой оболочки губ, щек, неба, десен. Весьма характерные для периода обострения заболевания были серые налеты на деснах со зловонным запахом. Межзубные сосочки были отечными с несколько синюшным оттенком. Нередко зубы были подвижными, отмечались глубокие патологические карманы, но без гноетечения.

Состояние слизистых оболочек у больных с гемолитическими и постгемолитическими анемиями точно такое же, как при гипопластической анемии.

При всех видах анемии характерно нарушение целостности эпителиального покрова слизистой оболочки, проявляющееся в виде трещин, заед. Слизистая оболочка протезного ложа истончена, менее эластична, податливость низкая, легко травмируется.

Для всех больных с анемиями характерно недостаточное ороговение эпителия слизистой оболочки языка, атрофия его сосочков, а также резкая бледность видимых кожных и слизистых покровов.

В третьей группе обследованы 66 больных, страдающих лейкозами. У этой группы больных наблюдались выраженная воспалительная реакция в слизистой оболочке полости рта, особенно в деснах. Десны рыхлые, гипертрофированные. Зона вос-

паления обильно васкуляризована, порой наблюдаются застойные явления. Лейкемический инфильтрат иногда полностью перекрывает всю коронковую часть зуба. Кровотечение у них возникает самопроизвольно или от незначительных травм.

У больных, страдающих острыми лейкозами в полости рта постоянно наблюдались наличие кровяных стучков и резкий зловонный запах. При хронических лейкозах изменения в полости рта носили более стертые формы.

Таким образом, мы изучали клинических, функциональных и морфологических изменений тканей протезного ложа при различных формах болезни крови и кроветворных органов.

Было установлено, что в зависимости от формы патологии меняется рельеф протезного ложа, структура слизистой оболочки и ее функциональное состояние. Без учета этих изменений нельзя добиться эффективного ортопедического стоматологического лечения. Например, при анемиях, кроме гипопластической и гемолитической, преобладают дистрофические процессы в слизистой оболочке протезного ложа в периодах обострения и ремиссии, то у больных с лейкозами и при геморрагическом диатезе в период обострения болезни наблюдается резкая гипертрофия, а у части больных отек слизистой оболочки полости рта, резко изменяющийся рельеф протезного ложа. Следовательно, начало протезирования, снятие сленков, проведение других ортопедических манипуляций возможно почти в любом периоде течения анемии, за исключением гипопластической анемии, а у больных с геморрагическими диатезами и лейкозами проведение вышеперечисленных процедур противопоказано в периодах обострения и активного течения основного заболевания.

Существенные особенности ортопедической стоматологической тактики при различных гемолитических заболеваниях должны быть решены в вопросах показаний и противопоказаний к протезированию зубов, особенности препаровки зубов и наложения протезов, режима пользования протезами, уход за ними.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахмедов П.М., Адылов К.А. Состояние органов полости рта у больных, пользующихся различными конструкциями зубных протезов и страдающих болезнями крови и кроветворной системы // Материалы научной конференции стоматологов г. Ташкента - Ташкент - 1989. - С. 93-96.

2. Джумадиллаев Д.Н. Показания и противопоказания к применению комплексов профилактических мероприятий при пренарировании

твердых тканей зубов у больных с пороками сердца // Пути развития стоматологии в современных условиях: Материалы I съезда стоматологов Казахстана. - Алматы, 1998. - С. - 272-280.

3. Яковлев П.В., Яковлева Л.П., Ивасенко П.И., Ильина А.В. Схема действий стоматологической помощи пациентам с сердечно - сосудистой патологией. // Стоматология. Спецвыпуск. М., 1998. - С. - 39-41

X Ü L A S Ə

HEMOTOLOJİ XƏSTƏLİKLƏR ZAMANI PROTEZ YATAĞI
TOXUMALARININ XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Nigmatov R.N.

Hematoloji xəstəliklər zamanı ağız boşluğunun selikli qişası (ABSQ) klinik-stomatoskopik üsulla tədqiq edilmişdir. ABSQ-nin klinik-stomatoskopik göstəricilərinin müqayisə edilməsi struktur dəyişmələrinin ağırlığı ilə ümumi xəstəliyin müxtəlif mərhələləri arasında korrelyasiyanı aşkara çıxarmışdır. Bu, ortopedik-stomatoloji taktikanı seçmək məqsədilə protezlənmə məsələlərinin həllində nəzərə alınmalıdır.

SUMMARY

PROSTHETIC BED CONDITION IN HEMATOLOGIC DISEASES
AND PREVENTION OF SIDE-EFFECTS OF DENTURES

Nigmatov R.N.

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