

ВПЛИВ ЧАСТКОВИХ ЗНІМНИХ ПЛАСТИНКОВИХ ПРОТЕЗІВ, ВИГОТОВЛЕНИХ РІЗНИМИ СПОСОБАМИ, НА ТКАНИНИ ПАРОДОНТА У ХВОРИХ З ЧАСТКОВИМИ ДЕФЕКТАМИ ЗУБНИХ РЯДІВ, УСКЛАДНЕНИХ ХРОНІЧНИМ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМ ПАРОДОНТИТОМ І ТА ІІ СТУПЕНЯ ВАЖКОСТІ

В.М. Штурмак

Івано-Франківський національний медичний університет

ВЛИЯНИЕ ЧАСТИЧНЫХ СЪЕМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ, ИЗГОТОВЛЕННЫХ РАЗНЫМИ СПОСОБАМИ, НА ТКАНИ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ С ЧАСТИЧНЫМИ ДЕФЕКТАМИ ЗУБНЫХ РЯДОВ, ОСЛОЖНЕННЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ І И ІІ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

В.Н. Штурмак

Івано-Франковський національний медичний університет

INFLUENCE OF THE PARTIAL REMOVABLE DENTURES MADE USING VARIOUS METHODS FOR THE PERIODONTAL TISSUE IN PATIENTS WITH PARTIAL DENTITION DEFECTS COMPLICATED BY CHRONIC PERIODONTITIS OF THE I-II SEVERITY DEGREES

V.M. Shturmak

Ivano-Frankivsk National Medical University

Резюме. У статті представлені результати клінічних досліджень стану тканин пародонта у хворих, ортопедичне лікування яким проведено частковими знімними пластинковими протезами, які виготовлялись за загальноприйнятими та удосконаленими способами. Для цього було проведено ортопедичне лікування та подальше клінічне спостереження за 124 хворими з частковими дефектами зубних рядів, ускладнених хронічним генералізованим пародонтитом І та ІІ ступеня важкості.

Аналізуючи дані проведених досліджень було встановлено, що при ортопедичному лікуванні хворих з хронічним генералізованим пародонтитом ІІ ступеня важкості частковими знімними пластинковими протезами, які були виготовлені за удосконаленим способом, де використовували еластичну масу Мисорген soft, відбувається сповільнення прогресування даного захворювання, яке пов'язане зі зменшенням негативного впливу даних протезів на тканини пародонта опорних зубів та зубів-антагоністів.

Ключові слова: часткові знімні пластинкові протези, пародонт, зуби антагоністи.

Резюме. В статье представлены результаты клинического исследования состояния тканей пародонта у больных ортопедическое лечение, которым было проведено частичными съёмными пластиночными протезами, которые были изготовлены общепринятым и усовершенствованным способами. Для этого было проведено ортопедическое лечение и в дальнейшем клиническое наблюдение за 124 пациентами с частичными дефектами зубных рядов, осложнённых хроническим генерализованным пародонтитом І и ІІ степени тяжести.

После проведения анализа клинических индексов, было зафиксировано, что при ортопедическом лечении пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом ІІ степени тяжести частичными съёмными пластиночными протезами, которые, были изготовлены усовершенствованным способом, где использовали эластическую А-силиконового массу Мисорген Soft, происходит уменьшение прогрессирования данного заболевания как результат уменьшения негативного влияния данных протезов на ткани опорных зубов и зубов антагонистов.

Ключевые слова: усовершенствованные частичные съёмные пластиночные протезы, пародонт, зубы-антагонисты.

Abstract. This article shows the clinical research of the partial removable dentures made using various methods. For this reason 124 patients having partial dentition defects complicated by chronic periodontitis of the I-II severity degrees where treated by different types of partial removable dentures and further supervised.

While analyzing the clinical indices it was found out that in the process of treating the patients having periodontitis of the ІІ severity degree by partial removable dentures made using an improved method, consisting in usage of Mucopren soft, the rapidity of the disease was reduced due to the less negative influence of the above-mentioned dentures on the periodontal tissue.

Keywords: partial removable dentures, periodontium, teeth-antagonists.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Проблема лікування часткової втрати зубів була і залишається однією з найважливіших проблем у клініці ортопедичної стоматології. Причинами даної патології найчастіше є ускладнення каріозної хвороби, захворювання тканин пародонту, травми та інші захворювання. У разі ортопедичного лікування хворих частковими знімними пластинковими протезами ряд авторів відзначають ускладнення від їх використання. Згідно з результатами досліджень [1,2,3,4,5,] часткові знімні пластинкові протези спричиняють негативний вплив на тканини пародонта опорних зубів та зубів-антагоністів. За результатами спостережень багатьох вчених, які вивчали дану проблему [1,5], встановлено, що після користування частковими знімними пластинковими протезами протягом чотирьох років 13% опорних зубів видаляються, 33-42% набувають рухомості І-ІІ ступеня, запальні

явища пародонта виявлено у 36% опорних зубів. Як наслідок, близько 25% хворих не користуються частковими знімними пластинковими протезами, які їм були виготовлені [3, 4].

Виходячи з наведених результатів досліджень, постає питання про те, що планування відновлення зубного ряду частковими знімними пластинковими протезами потребує застосування методів визначення ступеня ураження тканин пародонта та їх здатності витримувати дозоване функціональне навантаження, яке зумовлене дією даних протезів. При цьому також необхідно врахувати величину й топографію дефектів зубних рядів та конструктивні особливості самих знімних протезів, які значним чином впливають на вибір лікувальної тактики [6,7].

Метою дослідження було вивчення впливу часткових знімних пластинкових протезів, виготовлених різними способами, на тканини пародонта у хворих з частковими дефек-

тами зубних рядів, ускладнених хронічним генералізованим пародонтитом I та II ступеня важкості.

Матеріали і методи

Проведено обстеження та ортопедичне лікування частковими знімними пластинковими протезами, які були виготовлені за загальноприйнятими та удосконаленими способами, 124 хворим з хронічним генералізованим пародонтитом I і II ступенів важкості. Хворі були розділені на три групи. Перша група – 60 хворих, яким було виготовлено часткові знімні пластинкові протези за загальноприйнятим способом. Другій і третій групі, було виготовлено часткові знімні пластинкові протези за удосконаленим способом. (Деклараційний патент України на корисну модель «Спосіб виготовлення знімних пластинкових протезів» № 54799А від 17.03.2003р. бюлетень № 3). Перевага даного способу полягала в тому, що навколо штучних зубів створюють еластичний прошарок, товщина якого залежить від ступеня рухомості зубів антагоністів. Еластичний прошарок служить рівномірному перерозподілу жувального тиску на тканини пародонта опорних зубів та зубів антагоністів, що сприяє зменшенню негативного впливу часткових знімних пластинкових протезів на дані тканини. Другу групу склали 30 хворих, яким при виготовленні часткових знімних пластинкових протезів навколо штучних зубів використовували еластичну силіконову масу ПМ-01 (Стома, Харків). Третю групу склали 34 хворих, де під час виготовлення часткових знімних пластинкових протезів використовували еластичну А-силіконову масу Мисорген софт (Kettenbach, Germany), яка серед даних матеріалів має найкращу характеристику з'єднання із акриловими пластмасами [8].

У свою чергу кожну із трьох груп було поділено на дві підгрупи. Підгрупу *a* склали пацієнти з хронічним генералізованим пародонтитом I ступеня важкості, підгрупу *b* склали пацієнти з хронічним генералізованим пародонтитом II ступеня важкості.

Попередньо перед протезуванням всім пацієнтам було проведено терапевтичне лікування тканин пародонта та продемонстровано гігієнічний догляд за ротовою порожниною і знімними протезами.

У процесі обстеження визначали індекс кровоточивості ясенної борідки, глибину пародонтальної кишені, пробу Шиллера-Пісарєва, індекс Рамфйорда, індекс гігієни рота за Грін-Вермільйоном. Клінічна оцінка стану тканин пародонта проводилась до терапевтичного лікування тканин пародонта, на момент фіксації протезів та через 6, 12 місяців.

Результати та їх обговорення

Вивчення отриманих показників індексів клінічного стану тканин пародонта зубів антагоністів у пацієнтів з хронічним генералізованим пародонтитом I ступеня важкості (підгрупа *a*) встановило їх рівномірне зростання у всіх трьох групах. Проте, вони були дещо нижчі у другій та третій групі після 6 та 12 місяців протезування, там де використовували часткові знімні пластинкові протези, виготовлені за удосконаленим способом.

Так, за даними дослідження до проведення професійної гігієнічної чистки зубів величини клінічних індексів були дещо нижчі у I групі, де ми свідомо виготовляли протези за загальноприйнятим способом пацієнтам із відносно стабільним пародонтом та сприятливою клінічною картиною. Після проведення професійної гігієнічної чистки зубів та медикаментозної корекції величини клінічних індексів суттєво знизилися у всіх групах і були практично однаковими.

При повторному обстеженні пацієнтів через 6 та 12 місяців після протезування спостерігалось незначне підвищення клінічних показників у всіх групах, проте вони були дещо більші у I групі. При статистичній достовірній різниці ($p_1 < 0,05$).

Так у I групі, індекс кровоточивості ясенної борідки через 6 та 12 місяців після протезування становив $0,47 \pm 0,05$ ($p_1 < 0,05$) та $0,93 \pm 0,07$ ($p_1 < 0,05$) відповідно, тоді як у II та III групах він був дещо нижчий $0,39 \pm 0,03$ ($p_1 < 0,05$) та $0,82 \pm 0,05$ ($p_1 < 0,05$) у II групі та $0,38 \pm 0,06$ ($p_1 < 0,001$) та $0,68 \pm 0,05$ ($p_1 < 0,05$) у III групі відповідно.

Показник проби Шиллера-Пісарєва у I групі через 6 та 12 місяців після протезування становив $1,87 \pm 0,05$ бали ($p_1 < 0,05$) та $2,79 \pm 0,09$ бали ($p_1 < 0,05$) тоді як у II та III групах він був трохи нижчий $1,69 \pm 0,06$ бали ($p_1 < 0,05$) та $2,63 \pm 0,12$ бали ($p_1 < 0,05$) у II групі та $1,73 \pm 0,05$ бали ($p_1 < 0,05$) і $2,68 \pm 0,06$ бали ($p_1 < 0,05$) у III групі.

Аналогічно змінювались й інші показники. Так результати, отримані при обстеженні хворих, вказують на незначну різницю показників глибини пародонтальної кишені та індексу Рамфйорда у I групі через 6 та 12 місяців. Індекс гігієни рота за Грін-Вермільйоном зростав практично однаково у всіх групах.

Вивчення отриманих показників індексів клінічного стану тканин пародонта у пацієнтів з хронічним генералізованим пародонтитом II ступеня важкості (підгрупа *b*), які були протезовані частковими знімними пластинковими протезами виготовленими за загальноприйнятими та удосконаленими способами було встановлено, що у III групі, де використовували протези, які були виготовлені за удосконаленим способом з силіконовою масою Мисорген софт, ситуація залишалась найбільш стабільною.

Так показники глибини пародонтальної кишені через 6 та 12 місяців після протезування у I групі становили $3,38 \pm 0,06$ мм ($p_1 < 0,001$) і $3,52 \pm 0,04$ мм ($p_1 < 0,001$) та у II групі $3,38 \pm 0,06$ мм ($p_1 < 0,001$), ($p_2 > 0,05$) і $3,51 \pm 0,04$ мм ($p_1 < 0,001$), ($p_3 < 0,001$) відповідно. У той же час у III групі, де використовували протези із силіконовою масою Мисорген софт, ситуація залишалась більш стабільною, де показник глибини пародонтальної кишені через 6 місяців становив $3,21 \pm 0,05$ мм ($p_1 < 0,05$), ($p_2 > 0,05$) та $3,32 \pm 0,05$ мм ($p_1 < 0,05$), ($p_3 < 0,05$).

Індекс кровоточивості ясенної борідки через 6 місяців після протезування у I групі становив $0,63 \pm 0,03$ бали ($p_1 > 0,05$), у II групі він був дещо менший $0,52 \pm 0,02$ бали при ($p_1 > 0,05$) і ($p_2 > 0,05$), тоді як у III групі він був найменшим $0,36 \pm 0,06$ бали ($p_1 < 0,001$) і ($p_2 > 0,05$). Через 12 місяців після протезування у I та II групі зафіксували зростання величин кровоточивості ясенної борідки, яке становило $1,08 \pm 0,06$ бали ($p_1 < 0,05$), та $1,03 \pm 0,06$ бали при ($p_1 < 0,05$) і ($p_2 > 0,05$) відповідно, тоді як у III групі даний показник був нижчий і становив $0,82 \pm 0,07$ бали ($p_1 < 0,001$), ($p_3 < 0,001$).

Дана тенденція спостерігалась і при визначенні інших індексів клінічного стану тканин пародонта. Так показники проби Шиллера-Пісарєва у I групі через 6 та 12 місяців після ортопедичного лікування становили $2,26 \pm 0,07$ і $3,53 \pm 0,12$ ($p_1 < 0,05$) та у II групі $2,22 \pm 0,08$ ($p_1 < 0,05$), ($p_2 > 0,05$) і $3,5 \pm 0,09$ ($p_1 < 0,05$), ($p_3 > 0,05$). У III групі через 6 місяців після ортопедичного лікування дані показники становили $2,22 \pm 0,07$ ($p_1 < 0,05$), ($p_2 > 0,05$) та через 12 місяців після ортопедичного лікування $3,12 \pm 0,07$ ($p_1 < 0,05$), ($p_3 > 0,05$).

Індекс Рамфйорда у I групі через 6 та 12 місяців після протезування становив $3,96 \pm 0,05$ ($p_1 < 0,001$) і $4,18 \pm 0,08$ ($p_1 < 0,001$) та у II групі $3,87 \pm 0,05$ ($p_1 < 0,001$), ($p_2 > 0,05$) і $4,16 \pm 0,06$ ($p_1 < 0,05$), ($p_3 > 0,05$). У III групі через 6 місяців після протезування дані показники становили $3,84 \pm 0,04$ ($p_1 < 0,001$), ($p_2 < 0,05$) та через 12 місяців після ортопедичного лікування $3,94 \pm 0,05$ ($p_1 < 0,001$), ($p_3 < 0,05$).

Індекс гігієни ротової порожнини за Грін-Вермільйоном зростав практично однаково у всіх групах.

Висновок

Ортопедичне лікування часткової втрати зубів у разі хронічного генералізованого пародонтиту II ступеня частковими знімними пластинковими протезами, виготовле-

ними за удосконаленим способом із використанням еластичної А-силіконової маси Mucogren soft, яка має амортизуючу дію, сприяє покращенню клінічної ситуації, що характеризується призупиненням та стабілізацією запально-деструктивних процесів у тканинах пародонта.

Література

1. Michael G. Newman. Caranzas Clinical Periodontology / Michael G. Newman, Henry H. Takei, Perry R. Klokkevold, Fermin A. Caranza // 10 th edition, 2006. – 1286 p.
2. Рожко М.М. Клініко-експериментальне обґрунтування методів лікування знімними конструкціями зубних протезів: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед.наук / М.М. Рожко. – К., 1993. – 30 с.
3. Victor E. Beresin Распределение и регулирование функциональной нагрузки в частичных съёмных протезах / Victor E. Beresin, Morris Beresin // Стоматолог. – 2000. – №6. – С.32-33.
4. Nita M. Mazurat. Discuss Before Fabricating: Communicat-
ing the Realities of Partial Dentur Therapy. Part I: Patient Expectations / Nita M. Mazurat, Randall D. Mazurat // Journal of the Canadian Dental Association. – 2003. – Vol. 69, №2. – 90-94 p.
5. Зінов'єв Г.І. Характеристика негативних якостей часткових знімних протезів / Г.І. Зінов'єв // Нові методики та технології в ортопедичній стоматології: матеріали науково-практичної конференції. – Львів, 1999. – С.27.
6. Аболмасов Н.Н. Профилактика и лечение заболеваний пародонта / Н.Н. Аболмасов // Рос. стоматол. журнал. – 2002. – №1. – С.41-42.
7. Павленко А.В. Лечебно-реабилитационные мероприятия у больных генерализованным пародонтитом / А.В. Павленко, И.П. Мазур // Современная стоматология. – 2003. – №2. – С.33-37.
8. Борчерс Л. Міцність з'єднання силіконових прокладок з поліметилметакрилатом / Л. Борчерс // Медичний університет, Ганновер, Німеччина. Новини стоматології. – 2000. – №3. – С.56-57.

Одержано 24.02.2014 року.