

із порушенням фіксації протезів. В свою чергу, через 3 роки користування протезами потреба у повторному протезуванні в $54,0 \pm 4,0$ % випадків спричинена атрофією тканин протезного ложа, звідси незадовільною фіксацією, в $5,1 \pm 1,6$ % – частими поломками та перебазуванням, а в $40,9 \pm 4,0$ % – порушенням протезів, пов'язаних зі стиранням штучних зубів.

Зазначимо, що більшість хворих ($58,0 \pm 4,0$ %) звернулися з метою повторного виготовлення знімних пластинкових конструкцій вперше; $0,06 \pm 0,02$ % хворих виготовляли подібні протези більше 3 разів. Слід звернути увагу, що між кількістю протезувань та терміном звернення за повторним протезуванням зареєстрований середній за силою кореляційний зв'язок ($r=0,48$, $p<0,05$), що вказує на взаємозалежність цих показників, тобто неякісне виготовлення протезів спонукає багаторазове звернення пацієнтів через короткий термін.

Висновки. За результатами проведеного дослідження нами доведено, що на успішність протезування хворих з повною відсутністю зубів в більшій мірі впливають не стільки вихідні умови протезування, пов'язані з особливостями будови органів ротової порожнини, скільки адекватність лікарських маніпуляцій, зокрема якість отриманих відбитків, що здатна забезпечити максимальне точне відтворення індивідуального рельєфу тканин протезного ложа, яке в подальшому забезпечує фіксацію виготовленого протезу, а також запобігає атрофічним процесам, що відбуваються в ділянці верхівки альвеолярної частини щелеп та обумовлені нерівномірним розподілом жувального навантаження.



УДК 616. 314.17-036-089.23:519.85

О. О. Фастовець, д. мед. н., Р. Ю. Матвєєнко

Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

КЛІНІЧНА ОЦІНКА УСПІШНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ КАПИ-ПРОТЕЗА В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ У НАЙБЛИЖЧІЙ ТЕРМІН СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Відомо, що вторинна травматична оклюзія спостерігається при зниженні здатності до адаптації тканин пародонта внаслідок запально-дистрофічних процесів, що відбуваються при генералізованому пародонтиті, та здатна призвести до прискорення втрати кісткової маси. При цьому сучасне уявлення механізму розвитку патологічних змін в тканинах пародонта під дією оклюзійного фактору представляється наступним чином. Внаслідок надмірного механічного напруження, зумовленого гіпероклюзією, виникає порушення періодонтальної зв'язки, яке супроводжується виробленням у тканинах пародонта хемокінів, пов'язаних з остеокластогенезом, в результаті чого активується хемотаксис і остеокластогенез. Крім того, клітини періодонтальної зв'язки здатні не тільки підтримувати остеокластогенез через міжклітинні контакти, а й інгібувати утворення тартрат-резистентної кислоти фосфатази TRAP-позитивними багатоядерними клітинами шляхом продукції розчинного фактора.

Найбільш часто травматична оклюзія у хворих на генералізований пародонтит виникає внаслідок втрати зубів та пов'язаних з нею деформаціями зубних рядів. Виходячи з вищезазначеного, усунення вторинної травматичної оклюзії від початку лікування генералізованого пародонтиту, ускладненого дефектами зубних рядів, здатне вплинути на активність процесів формування і резорбції кісткової складової пародонта, а отже на перебіг пародонтиту. Виходячи з вищесказаного, використання запропонованої нами капи-протеза, яка дозволяє не тільки шинування збережених зубів, але й першочергове усунення травматичної оклюзії шляхом відновлення дефектів зубних рядів, здатне підвищити ефективність комплексного лікування захворювання.

Капа-протез виготовляється комбінованою зі з'єднаних між собою компресійним пресуванням каркасу, який покриває збережені зуби та створюється методом вакуумного формування з термопластичного матеріалу, зокрема комбінованої пластини Pro-form Duals виробництва Dental Resources, а також базисів сидел з акрилової пластмаси і штучних пластмасових зубів, що відновлюють дефекти зубних рядів.

Мета представленого дослідження. Оцінити успішність комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит, що передбачає усунення оклюзійного перевантаження збережених зубів від початку лікувального втручання шляхом застосування запропонованої конструкції капи-протеза, у найближчий термін спостереження.

Матеріали та методи дослідження. Оцінка ефективності проведеного комплексного лікування здійснена серед 60 хворих на генералізований пародонтит I-II ступеня тяжкості, що мали кінцеві дво-бічні дефекти зубних рядів, віком від 35 до 65 років, нарівно чоловіків та жінок. Серед включених до дослідження не було пацієнтів з тяжкою супутньою патологією. Відібрані дослідні за статеву, віковою ознаками, а також за подібністю перебігу патологічного процесу в навкол зубних тканинах та характеру проведеного лікування, були розподілені на дві рівноцінні групи спостереження.

Схеми лікування в дослідних групах відрізнялись лише тим, що в основній групі на відміну від зіставлення комплексне лікування здійснювали з використанням розробленої комбінованої капи-протеза. В групі зіставлення для іммобілізації збережених зубів застосовували скловолоконні шини. Конструкції, що шинують, виготовляли на період проведення терапевтичної підготовки і використовували до зняття запальних явищ та стабілізації запально-деструктивного процесу. Протетична підготовка, спрямована на корекцію міжоклюзійних взаємовідношень з метою усунення функціонального перевантаження зубів, була проведена серед 90,0 % хворих. В першу чергу, вона передбачала вибіркове пришліфовування зубів після детальної оклюзійної діагностики в клініці та на діагностичних моделях.

Визначення клінічного стану пародонта збережених зубів до та після проведеного лікування включало використання суб'єктивних (збір скарг та анамнезу) і об'єктивних (огляд та інструментальне дослідження) методів. Для об'єктивізації отриманих клінічних даних нами обраховувались індекс гігієни (ІГ) за Федоровим та Володкіною, індекс РМА для виявлення запального процесу в яснах, комплексні пародонтальні індекси Рамфйорда, ІІІ за Раселом та СРІТН для визначення тяжкості ураження пародонта.

Отримані дані обробляли методами варіаційної статистики із застосуванням програмного засобу MS Excel 2003.

Результати дослідження та їх обговорення. Проведене лікування як в основній, так і в групі зіставлення, за показниками клінічних індексів сприяло стабілізації запально-дистрофічного процесу в тканинах пародонта у найближчий термін спостереження. Проте при застосуванні розробленої нами капи-протеза терапевтичні заходи мали більшу клінічну успішність. Так, згідно отриманих даних зареєстровано усунення запального процесу в яснах, що характеризується зниженням індексу РМА: для основної групи – від значень $2,03 \pm 0,05$ до лікування проти $0,20 \pm 0,03$ після, відповідно для групи зіставлення – $2,08 \pm 0,06$ проти $0,27 \pm 0,05$ ($p < 0,001$). Менш значущою виявилась динаміка індексу Рамфйорда до та після лікування (основна група – $4,00 \pm 0,11$ проти $3,21 \pm 0,10$, група зіставлення – $3,97 \pm 0,12$ проти $3,37 \pm 0,13$, $p < 0,05$), що свідчить про суттєві деструктивні порушення в навкол зубних тканинах. Більш показовими щодо проведеного комплексного лікування виявилися індекси ІІІ та СРІТН ($p < 0,001$). Треба зазначити кращу динаміку пародонтальних індексів в основній групі порівняно з групою зіставлення ($p < 0,05$). Так, при подібних вихідних значеннях ($3,60 \pm 0,18$) індекс ІІІ після лікування в основній групі складав $2,30 \pm 0,11$ проти $2,55 \pm 0,12$ групи зіставлення. Відповідно індекс СРІТН в основній групі до лікування складав $3,48 \pm 0,18$ проти $2,50 \pm 0,11$ після, в групі зіставлення – $3,50 \pm 0,17$ проти $2,76 \pm 0,13$.

В свою чергу, зареєстрований нами гірший гігієнічний стан ротової порожнини у хворих групи зіставлення, на наш погляд, пов'язаний з меншою гігієнічністю незмінної конструкції порівняно зі змінною.

Висновки. За результатами проведеного дослідження встановлено, що застосування комбінованої капи-протеза дозволяє підвищити успішність комплексного лікування генералізованого пародонтита у найближчий термін спостереження. Подібний ефект ми, насамперед, пов'язуємо з наявністю в конструкції капи штучних зубів, які відновлюють оклюзійні співвідношення, що дозволяє уникнути функціонального перевантаження збережених зубів, а також запобігти вторинної травматичної оклюзії на період терапевтичного лікування.

