

Г.Є. Захарова

Особливості ортопедичного етапу комплексного лікування генералізованого пародонтиту в осіб, які страждають на цукровий діабет

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Актуальність теми. Робота присвячена клінічній проблемі планування ортопедичного етапу комплексного лікування генералізованого пародонтиту в осіб, які страждають на цукровий діабет. Клінічними особливостями пародонтиту при цукровому діабеті є агресивний перебіг із частими загостреннями, схильність до абсцедування, швидко прогресуюча атрофія кісткової тканини. На цьому тлі планування ортопедичних конструкцій є проблематичним, оскільки важко оцінювати стан окремих зубів і перспективу їх збереження й використання. Обов'язковим у протоколі комплексного лікування пародонтиту є етап тимчасового шинування, який забезпечує усунення травматичної оклюзії, тим самим підвищуючи ефективність заходів, спрямованих на зменшення запалення в пародонті.

Викладення основного матеріалу дослідження. Проведено обстеження й комплексне лікування 17-ти осіб з генералізованим пародонтитом, хворих на цукровий діабет. Усі пацієнти мали 2–3 ступінь атрофії кісткової тканини альвеолярних відростків, у 10-ти з них процес був у фазі загострення. Протокол лікування включав: професійну гігієну, імедіат-протезування та тимчасове шинування, протизапальну та антибактеріальну терапію, хірургічну санацію, постійне протезування після досягнення ремісії. Оскільки підготовчий етап тривав від кількох тижнів до кількох місяців, в якості тимчасових конструкцій було вибрано бюгельні протези з шинувальними кламерами. Клінічною підставою вибору були такі властивості конструкції, як міцність, гігієнічність, можливість модифікації та використання протягом тривалого часу. Після досягнення ремісії проводили остаточну оцінку пародонту опорних зубів і вибирали постійну ортопедичну конструкцію відповідно до показань.

Заключення. Аналіз ранніх і віддалених результатів довів клінічну ефективність вибраного протоколу лікування. Через шість місяців відмічена клініко-рентгенологічна стабілізація процесу в більшості пацієнтів. Підтверджена ефективність використання бюгельних протезів для довготривалого тимчасового шинування у випадках тяжкого перебігу генералізованого пародонтиту, асоційованого з цукровим діабетом.

Ключові слова: генералізований пародонтит, цукровий діабет, травматична оклюзія, тимчасове шинування, імедіат-протезування, шинувальні бюгельні протези.

Актуальність теми

Поширеність цукрового діабету (ЦД) у сучасному світі є значною та становить складну медичну і соціальну проблему. Згідно з даними ВООЗ у 1994 році у світі нараховувалося 110 млн осіб з діагнованим ЦД, у 2000 році – 170 млн, у 2010 ця цифра сягнула 230 млн осіб. Припускається, що хворих з недиагнованим ЦД є вдвічі більше, особливо у країнах з низьким рівнем життя, у тому числі на пострадянському просторі [1, 2]. В Україні, за даними МОЗ, у 2013 році зафіксовано більш ніж 1,3 млн хворих, також відмічене подвійне зростання їх кількості в період із 2004 по 2013 рр. [3].

При наданні стоматологічної допомоги хворим на цукровий діабет слід урахувати, що захворювання зубощелепного апарату можуть мати специфічний перебіг унаслідок метаболічних порушень і системної ангіопатії. Численними експериментальними та клінічними дослідженнями доведено взаємозв'язок цієї ендокринної патології з розвитком запальних і деструктивних змін у пародонті [4, 5]. Установлено, що на тлі ЦД захворювання пародонту виникають у більш ранньому віці, мають більш тяжкий перебіг і прогресують швидше, ніж в осіб без супутньої загальносоматичної патології. Поширеність генералізованого пародонтиту серед хворих на інсулін-залежну форму цукрового діабету (ІЗЦД), починаючи з вікової групи 35 років, сягає 100 % [3, 6]. Дефіцит інсуліну викликає зниження рівня неспецифічного захисту, одним із проявів якого є послаблення фагоци-

тарної активності лейкоцитів, унаслідок чого спостерігається високий рівень мікробної контамінації пародонтальних кишень, схильність до абсцедування та швидке прогресування деструктивних процесів у кістковій тканині [7]. Наявність асоційованих із ЦД захворювань пародонту ускладнює планування та прогнозування результатів ортопедичного лікування, оскільки в цієї групи пацієнтів досягнення ремісії пародонтиту може бути проблематичним і знаходитися в залежності від тяжкості перебігу та ступеня компенсації загального захворювання. Це зумовлює необхідність використання диференційованого підходу при плануванні ортопедичних втручань, ураховуючи ймовірно значну тривалість періоду підготовчого лікування, клінічний опорних тканин зубів і загальносоматичний статус пацієнта. Доведено, що при пародонтиті досягнути позитивного результату медикаментозної терапії та хірургічного лікування неможливо без усунення травматичної оклюзії та функціонального перенавантаження пародонту [9, 10]. Із цією метою уже на початку лікування застосовується ортопедичні заходи, що полягають у нормалізації оклюзійних співвідношень і тимчасовому шинуванні. На теперішній час відомо багато видів знімних і незнімних тимчасових шин, які за часом використання умовно можна розділити на власне тимчасові та довгочасні (умовно постійні). Термін використання шин першого типу – від кількох днів до одного місяця; другого типу – від одного до кількох місяців і навіть років. Головними

вимогами до шинувальних конструкцій є міцність і надійна фіксація рухомих зубів, відсутність негативного впливу на тканини пародонту, можливість безперешкодного підтримання гігієни та проведення інших лікувальних маніпуляцій. Тимчасові шини встановлюють на весь період лікування до моменту настання ремісії, коли можна буде виготовити постійний фіксуючий протез. Функція цих конструкцій полягає в усуненні травматичного впливу патологічної рухомості, яка сприяє гемодинамічним порушенням у пародонті. Шини дозволяють забезпечити рівномірний перерозподіл жувального тиску серед зубів, включених у конструкцію, сприяє підвищенню ефективності патогенетичної та симптоматичної терапії; покращуючи трофіку тканин пародонту, сприяє зменшенню запального процесу [11].

Мета дослідження

Підвищити ефективність лікування генералізованого пародонтиту в пацієнтів, які страждають на цукровий діабет за рахунок оптимізації етапу тимчасового шинування та протезування.

Матеріали і методи

Проведено обстеження й комплексне стоматологічне лікування 17 осіб обох статей у віці 25–55 років з генералізованим пародонтитом, хворих на інсулін-залежну форму цукрового діабету. Для оцінки стану тканин пародонту проводились рентгенологічне обстеження, цитологічне дослідження вмісту пародонтальних кишень і клінічна оцінка за допомогою індексів РМА й ОНІ-S. Індексу оцінку здійснювали перед початком лікування, через сім днів і через місяць для оцінки ефективності результатів протизапальної та антимікробної терапії. Для оцінки стану функціональної оклюзії при пародонтиті проводили оклюзіографію в порожнині рота, дослідження на діагностичних моделях у регульованому артикуляторі SAM 2 та електронний аналіз оклюзії TScan III (діагностичний комплекс Biopack).

Протокол комплексного лікування генералізованого пародонтиту включав професійну гігієну, протизапальну й антимікробну медикаментозну терапію, первинні ортопедичні заходи, спрямовані на усунення травматичної оклюзії – вибіркове пришліфовування зубів, імедіат-протезування та тимчасове шинування, хірургічну санацію (видалення зубів, кюретаж, клаптеві операції). Після досягнення ремісії пародонтиту здійснювали постійне шинування і протезування.

Результати дослідження та їх обговорення

У результаті комплексного обстеження, генералізований пародонтит II ст. діагностовано у 8, II–III ст. – у 9 осіб; у 10 (59 %) пацієнтів процес перебував у фазі загострення. У 7 осіб були наявні інтактні зубні ряди, 11 пацієнтів мали дефекти різної величини та локалізації; 6 осіб мали поодинокі ортопедичні конструкції у вигляді окремих коронок та мостоподібних протезів. У жодного з пацієнтів раніше не було шинувальних конструкцій або знімних протезів. Потребу у видаленні зубів мали 14 (82 %) осіб. Початковий стан гігієни порожнини рота та пародонту згідно з індексними оцінками, а також дані мікробіологічних досліджень, представлені на схематичній діаграмі (табл. 1).

Як свідчать представлені дані, початковий гігієнічний стан порожнини рота пацієнтів можна оцінити як незадовільний. Середнє значення індексу РМА відповідає клінічній картині симптоматичного катарального гінгівіту важкого ступеню. При первинному цитологічному дослідженні вмісту пародонтальних кишень у пацієнтів з ІЗЦД виявлена змішана мікрофлора, у т. ч. у 100 % обстежених – дріжджоподібні грибки.

При рентгенологічному дослідженні кісткової тканини щелеп виявлено, що в пацієнтів з ІЗЦД типовими явищами є виражений остеопороз, нерівномірний за ступенем і змішаний за напрямом атрофія альвеолярних відростків щелеп. У ділянці травматичних вузлів виявляли



Рис. 1. Ортопантомограма пацієнтки Н. (1980 р. н.), яка хворіє на інсулін-залежну форму цукрового діабету із 13-річного віку. Утрата зубів відбувалася протягом останніх 6 років.

Таблиця 1

Показники запалення, стану гігієни та динаміки змін складу мікрофлори порожнини рота у пацієнтів з ІЗЦД та генералізованим пародонти том

| Показник | Початковий стан | Через 7 днів | Через 1 місяць |
|--|-----------------|--------------|----------------|
| Індекс гігієни ОНІ-S (середнє значення) | 2,85 | 1,75 | 0,88 |
| Індекс запалення РМА (%), середнє значення) | 66,64 | 16,3 | 17,5 |
| Загальна мікробна обсемінація порожнини рота (кількість колоній в 0,1 мл змивах 10 у 6 ст) | 4,5 | 2,85 | 3,07 |
| Динаміка частоти висівання мікрофлори пародонтальних кишень (%): | | | |
| Дріжджоподібні грибки | 100 | 28 | 37 |
| Спірохети | 78 | 32 | 36 |
| Трихомонади | 60 | 12 | 23 |
| Веретеноподібні палички | 26 | 13 | 17 |

кісткові кишені, розширення періодонтальних щілин і порівняно більший ступінь атрофії альвеолярних відростків по вертикалі (рис. 1).

Деформації зубних рядів виявлені у 15-ти (88%) осіб. Клінічні ознаки травматичної оклюзії у вигляді нерівномірних або передчасних контактів, патологічної рухомості зубів, нерівномірної атрофії альвеолярних відростків, кісткових кишень, виявлені у 100 % обстежених. Зміна положення зубів унаслідок атрофії кісткової тканини та втрати безперервності зубних рядів призвела до оклюзійних порушень у вигляді нерівномірного розподілу контактів і появи небажаних інтерференцій при ексцентричних рухах і положеннях нижньої щелепи. Це підтверджено як аналізом оклюзії на діагностичних моделях, так і електронним аналізом контактів у порожнині рота за допомогою апарату TSkan III.

Протокол комплексного лікування

1-й етап. Перед початком лікування усім пацієнтам провели професійне видалення зубних відкладень і навчання навичкам догляду за порожниною рота. Для домашнього використання призначили гігієнічний комплекс «Лакалут Актив» (ТМ Lacalut), який включає зубну пасту та ополіскувач із протизапальним та антигеморагічним ефектом. Також рекомендували відповідні зубні щітки (Актив) і нитки для інтердентальної гігієни.

2-й етап. Після проведення професійної гігієни всім пацієнтам призначили антимікробне місцеве протизапальне лікування. В якості антисептичного препарату було вибрано мірамистин. Препарат викликає підвищення мембранної проникності та руйнування мікробних клітин. Є активним до всіх грам-позитивних і негативних, аеробних та анаеробних, у тому числі спороутворюю-

вальних мікроорганізмів, включаючи стійкі до антибіотиків штами. Має виражений антигрибковий ефект, також є ефективним проти трихомонад. Крім цього він стимулює активність імунних клітин, прискорюючи загоєння тканин. Пацієнтам з загостреною формою ГП препарат призначали у вигляді 0,01 % розчину для промивання пародонтальних кишень та у вигляді аплікацій. Після зняття гострого запалення, а пацієнтам із хронічною формою – з початку лікування, призначали мазь метилурацилу з мірамистином. Дія метилурацилу полягає у прискоренні процесів клітинної регенерації, загоєння, стимуляції клітинних і гуморальних ланок імунітету, протизапальній дії. Для системної антибактеріальної терапії всім пацієнтам призначили препарат «Цефран СТ» (ципрофлоксацину 500 мг та тинідозолу 600 мг) по 1 таблетці двічі на добу курсом 5-7 днів.

3-й етап. Хірургічна санація порожнини рота з видаленням зубів проведена у 14 (82%) осіб, з них у 8 осіб видалення було множинним (від трьох і більше на щелепі). Видаленню підлягали зуби із III ст. атрофії альвеолярних стінок, наявністю кісткових кишень глибиною понад 1/2 довжини кореня, хронічними невиліковними процесами в періапикальній ділянці. Зуби із III ст. рухомості при атрофії альвеолярних стінок не більше половини довжини коренів було вирішено зберігати умовно та включати в тимчасову конструкцію. Остаточного питання їх використання приймалось після усунення травматичної оклюзії та досягнення ремісії. Усього таким чином було тимчасово збережено 14 зубів.

4-й етап. Первинне ортопедичне лікування осіб із запланованим видаленням зубів починали з виготовлення пластинчастих провізорних імедіат-протезів. Показаннями до них уважали: видалення зубів фронтальної



Рис. 2. Знімні протези на верхню й нижню щелепу із суцільнолитими каркасами та шинувальними опорно-утримуючими кламерами (а – зовнішня, б – внутрішня поверхня).

групи, видалення кількох поруч розташованих зубів бічного сегмента, одночасне видалення кількох пар антагоністів будь-якої локалізації. Для виготовлення протезів робочий відбиток отримували до операції, потім на робочій моделі зрізали відповідні зуби та 5–6 мм альвеолярного відростку по висоті й товщині з обох сторін. Протези виготовляли з жорсткої акрилової пластмаси гарячої полімеризації за загальноприйнятою технологією, за виключенням відсутності етапу примірки воскової репродукції. Накладання протезу здійснювали одразу після видалення зубів. Провізорні конструкції виконували функцію тимчасового заміщення дефектів і попередження перенавантаження зубів, що залишилися, а також сприяли формуванню майбутнього протезного ложа. Окрім звичайного гігієнічного догляду пацієнтам рекомендували перед накладанням протезу наносити на внутрішню поверхню базису метилурацил-мірамістинову мазь. Після загоєння рани м'яких тканин і спадання набряку (через 10–14 днів) проводили пряме клінічне перебезування матеріалом на основі А-силікону Reline Soft (GC). Але оскільки конструкція не містила шинувальних елементів, загальний строк її використання обмежували 4–6 тижнями, після чого виготовляли власне шинувальні протези. Пацієнтам, у яких видалень не було, шинувальні протези виготовляли одразу після проведення професійної гігієни.

Обґрунтування вибору шинувальної конструкції

Оскільки у більшості пацієнтів пародонтит перебував у стадії загострення, з вираженими запальними проявами, не завжди було можливо одразу адекватно оцінити стан опорних тканин деяких зубів і доцільність включення їх у конструкцію. Унаслідок локального перенавантаження в ділянках травматичних вузлів ступінь рухомості деяких зубів була більше, ніж рівень атрофії кісткової тканини. Оскільки у пацієнтів з ІЗЦД досягнення ремісії запального процесу може бути повільним, протокол лікування передбачав довготривале тимчасове шинування (від 1 міс. й більше). При виборі конструкції для шинування були насамперед враховані такі вимоги:

1. Можливість надійної стабілізації зубного ряду протягом тривалого часу.
2. Можливість модифікації конструкції у випадку втрати окремих зубів.
3. Гігієнічність конструкції та відсутність токсичного впливу на пародонт.
4. Безперешкодний доступ для проведення лікувальних маніпуляцій.

Ураховуючи вищенаведене, для довготривалого тимчасового протезування й шинування були вибрані знімні суцільнолітні конструкції, побудовані за принципом бюгельних протезів, що мали поєднані опорно-утримуючі та багатоланкові кламери на всі збережені зуби (рис. 2).

Каркас шин-протезів виготовляли з кобальт-хромового сплаву за загальноприйнятою технологією на дубльованих вогнетривких моделях. Дана конструкція є універсальною, оскільки її можна використовувати при дефектах будь-якої локалізації. Литий каркас забезпечує значну міцність при відносно незначній товщині й перекритті зубів, а також гігієнічність. У випадку втрати окремих зубів конструкцію можна модифікувати додаванням штучних зубів. Значною перевагою також є можливість відносно швидкого виготовлення без значної підготовки опорних зубів. Крім того, у клінічно несприятливих умовах, за декомпенсованого перебігу ЦД, конструкцію можна використовувати і для постійного шинування/протезування. З метою покращення естетики фронтальної ділянки, задля уникнення розташування

кламерів на вестибулярній поверхні фронтальної групи зубів, їх шинування здійснювали волоконно-композитними шинами з матеріалів «Glasspan» і «Filtek-flow» (3M Espe). Період тимчасового протезування в пацієнтів з ІЗЦД у середньому тривав близько трьох місяців.

Оцінку результатів лікування здійснювали на підставі даних комплексного клініко-лабораторного дослідження (див. табл. 1). Через 7 днів, потім через місяць після початку медикаментозного лікування оцінювали рівень індивідуальної гігієни та результати протизапальної і антимікробної терапії. Відмічене зменшення середнього значення індексів ОНІ-S (1,75 проти 2,85 перед початком лікування) та РМА (16,3 проти 66,64 % перед початком лікування), що свідчить про покращення рівня індивідуальної гігієни та зменшення запальних явищ у пародонті. Через місяць ці показники становили 0,88 та 17,5 %, що свідчить про досягнення ремісії. Після проведеного курсу лікування всі пацієнти відмічали покращення стану тканин порожнини рота – значне зменшення кровоточивості, набряків і болю в яснах. При дослідженні змін кількісного та якісного складу мікрофлори пародонтальних кишень через сім днів виявлено значне зменшення бактеріальної обсемінації порожнини рота та зниження частоти виявлення дріжджоподібних грибків та інших патогенних та умовно-патогенних форм мікроорганізмів, що свідчить про ефективність застосованої схеми антибактеріальної терапії. Відмічено зменшення глибини пародонтальних кишень і виділень з них унаслідок зменшення явищ запалення у м'яких тканинах. Через три місяці провели оцінку віддалених результатів лікування. У більшості пацієнтів відмічені клінічна ремісія та рентгенологічна стабілізація процесу в пародонті; слизова оболонка ясен була щільною, без кровоточивості та гіперемії. Виділення з кишень практично не виявлялись. Досягнений після професійного чищення рівень гігієни в цілому підтримувався пацієнтами. Про задовільний стан пародонту також свідчили дані рентгенографії. Виявлено зменшення ділянок остеопору, подальшого розширення періодонтальних щілин та збільшення рівня атрофії не виявлено. Усе це свідчить про позитивний вплив застосованого алгоритму комплексного лікування на перебіг генералізованого пародонтиту у осіб, хворих на цукровий діабет.

По закінченню тримісячного строку провели остаточну оцінку парадонтального статусу та планування постійних ортопедичних конструкцій. Виявлено тенденцію до стабілізації шинуваних зубів, у тому числі зменшення кількості зубів із III ст. рухомості з 14 до 6, які було видалено. Для постійного протезування в шести осіб використано незнімні конструкції (суцільнолітні металокерамічні мостоподібні протези та коронкові шини), у 7 осіб – комбінація з незнімних і знімних конструкцій (коронкових шин та часткових знімних протезів з литим каркасом і опорно-утримувальними кламерами). Четверо осіб відмовились від протезування та побажали і в подальшому користуватись первинними шинувальними конструкціями.

Висновки

Аналіз ранніх та віддалених результатів довів клінічну ефективність вибраного протоколу, що включав комплексну антимікробну та протизапальну терапію, хірургічну санацію та протезування на початковому етапі лікування. Через шість місяців відмічена клініко-рентгенологічна стабілізація процесу в більшості пацієнтів. Підтверджена ефективність використання бюгельних протезів для довготривалого тимчасового протезування й шинування у випадках тяжкого перебігу генералізованого пародонтиту, асоційованого з цукровим діабетом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Sicrel R., Shaw J., Zimmel P. The global burden of diabetes // In: Gan D., ed. Diabetes atlas, 2-nd. — Brussels: International diabetes federation, 2003. — P. 15–71.
2. Fowler E.B., Breault L.G., Cuenin M.F. Periodontal diseases and its association with systemic diseases / E.B. Fowler, L.G. Breault, M.F. Cuenin // Mil. Med. — 2001. — Jan. — 166 (1). — P. 85–90.
3. Захарова С.М. Особенности течения и лечения генерализованного пародонтита у больных сахарным диабетом: Дис. канд. мед. наук. — Киев, 1995.
4. Guggenheimer J., Moore P.A., Rossie K. Insulin dependent diabetes mellitus and oral soft tissue pathologies // Oral Surg. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. — 2000. — Vol. 89, N 5. — P. 563–569.
5. Воложин А.И. Патогенетические механизмы поражения пародонта при сахарном диабете // Стоматология нового тысячелетия. — М. — 2002. — С. 130–131
6. Мохорт Е.Н. Особенности комплексного лечения генерализованного пародонтита у больных сахарным диабетом: Автореф. дис. канд. мед. наук: Киев. — 2000. — 13 с.
7. Сидельникова Л.Ф., Дикова И.Г., Захарова С.М. Обоснование выбора антибактериальной терапии на этапах лечения генерализованного пародонтита у пациентов с сахарным диабетом // Современная стоматология. — 2016. — № 1. — С. 24–28.
8. Stewart T.J. The effect of periodontal treatment on glycemic control in patients with type II diabetes mellitus / T.J. Stewart, K. Wager, A.A. Friedlander et al. // J. Clin. Periodontology. — 2001. — Vol. 28. — P. 306–310.
9. Жулев Е.Н. Клиника, диагностика и ортопедическое лечение заболеваний пародонта. — Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2003.
10. Григорьян А.С., Грудянов А.И., Рабухина Н.А. и др.. Болезни пародонта: патогенез, диагностика, лечение. — М.: Медицинское информационное агентство, 2004.
11. Акулович А.В., Орехова Л.Ю. Современные методики шинирования подвижных зубов в комплексном лечении заболеваний пародонта // Новое в стоматологии. — 1999. — № 4. — С. 31–36.

Особенности ортопедического этапа комплексного лечения генерализованного пародонтита у лиц, страдающих сахарным диабетом

А.Е. Захарова

Актуальность темы. Работа посвящена клинической проблеме планирования ортопедического этапа комплексного лечения генерализованного пародонтита у лиц, страдающих сахарным диабетом. Клиническими особенностями генерализованного пародонтита при сахарном диабете являются активное прогрессирование с частыми обострениями, склонность к абсцедированию, значительная атрофия альвеолярной кости. Вследствие этого планирование ортопедических конструкций является проблематичным, поскольку сложно оценить состояние отдельных опорных зубов. Обязательным этапом в комплексном лечении пародонтита является временное шинирование. Оно обеспечивает устранение травматической окклюзии, повышая эффективность лечебных мероприятий, направленных на уменьшение воспаления в пародонте.

Изложение основного материала исследования. Проведено обследование и комплексное лечение 17-ти пациентов с генерализованным пародонтитом, страдающих сахарным диабетом. Все пациенты имели 2–3 ст. атрофии костной ткани альвеолярных отростков; у 10 процесс был в фазе обострения. Протокол лечения включал: профессиональную гигиену, хирургическую санацию, имediat-протезирование и временное шинирование, противовоспалительную и антибактериальную терапию, постоянное протезирование после достижения ремиссии. В качестве временных конструкций были использованы бюгельные протезы с шинирующими кламперами. Их преимуществами являются прочность, гигиеничность, возможность модификации и использования в течение длительного времени. После достижения ремиссии проводили окончательную оценку состояния пародонта и выбор постоянной протезной конструкции.

Заключение. Анализ ранних и отдаленных результатов подтвердил эффективность данного протокола лечения. Через шесть месяцев отмечена клинорентгенологическая стабилизация процесса у большинства пациентов. Доказана эффективность использования бюгельных протезов для долгосрочного временного шинирования в случаях тяжелого течения генерализованного пародонтита, ассоциированного с сахарным диабетом.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, сахарный диабет, травматическая окклюзия, временное шинирование, имediat-протезирование, шинирующие бюгельные протезы.

Features of the prosthetic stage in complex treatment of the periodontal diseases at the persons suffering from diabetes mellitus

G. Zaharova

Topic relevance. Work is devoted to the clinical problem of planning of prosthetic stage in complex treatment of the periodontal diseases at the persons suffering from diabetes mellitus. Clinical features of periodontal diseases associated with diabetes mellitus are quick progress with high frequency of the exacerbations, predilection to abscessing, appreciable atrophy of the alveolar bone. The planning of prosthetic designs is problematic because of difficult to estimate a condition of the abutment teeth. The temporary splinting is obligatory stage in complex treatment of periodontal diseases. It provides elimination of traumatic occlusion, increasing efficiency of the anti-inflammatory treatment.

The main material of the research. Examination and complex treatment of 17 persons suffering from diabetes mellitus with periodontal diseases was performed. All the patients had II–III stage of the alveolar bone atrophy; 10 persons had periodontal disease in an acute phase. The protocol of treatment included: professional hygiene, surgical treatment, immediate-prosthetic repair and temporary splinting, anti-inflammatory and antibacterial therapy and final prosthetic treatment. As the temporary splinting designs bar prostheses with multiply clasps were used. Their benefits are durability, a possibility of modification and usage for a long time. After achievement of remission the final assessment of the periodontal status and the choice of final prosthetic designs were performed.

Conclusions. The analysis of the early and remote results on the basis of comprehensive clinical and laboratory examination confirmed efficiency of treatment. In 6 months after beginning of treatment stabilization of the periodontal status at most of patients is noted. Complex clinical examination confirms the efficiency of the bar prosthetic designs with multiply splinting clasps in cases of the generalized periodontal disease associated with diabetes mellitus.

Key words: periodontal diseases, diabetes mellitus, traumatic occlusion, temporary splinting, immediate-prosthetic repair, splinting bar prosthetic designs.

Захарова Ганна Євгенівна — канд. мед. наук,

доцент кафедри ортопедичної стоматології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця.

Адреса: м. Київ, вул. Зоологічна 1.

Стоматологічний медичний центр НМУ ім. О.О. Богомольця,

кафедра ортопедичної стоматології.

Тел.: (097) 495-59-16. E-mail: guttaunder@mail.ru.