

В. Ю. Хитров, Г. А. Евсеева (Казань). Состояние пародонта у лиц с сагиттальными аномалиями прикуса

Установлено, что аномалии прикуса могут способствовать возникновению пародонтальных заболеваний. Нередко различные формы гингивита осложняют ортодонтическое лечение.

Изучено состояние краевого пародонта у больных, леченных по поводу сагиттальных аномалий прикуса. Под наблюдением находилось 53 человека (мужчин—22, женщины—31) в возрасте от 11 до 45 лет. Из них у 39 больных была прогнатия и у 14 — протения.

Ортодонтическое лечение проводили аппаратами с пружинящими наклонными плоскостями, активируя аппарат раз в две недели. Больные пользовались аппаратом 3—4 мес. После нормализации соотношения зубов фиксировали ретенционный аппарат, формирующий прикус (базисная пластинка со змеевидной дугой), который применялся в течение 6—8 мес.

Признаки воспаления десны были выявлены у всех больных. В зависимости от выраженности воспалительных изменений в пародонте все пациенты получали соответствующий комплекс лечебных или профилактических мер, состоящий из удаления зубных отложений, кюретажа, противовоспалительной терапии, гингивэктомии, физиотерапевтического воздействия и др. После комплексного лечения у всех 53 больных исчезли воспалительные изменения десны, улучшилось гигиеническое состояние полости рта (см. табл.).

Отдаленные результаты прослежены у 33 больных в сроки от 1 года до 3 лет. В течение этого времени обострений патологического процесса в пародонте и рецидивов аномалий не наблюдалось.

Состояние слизистой оболочки десны заметно улучшилось у 31 человека: полностью исчезли воспалительные явления, прекратилось гноетечение и кровоточивость. Только при фиброзной форме гипертрофического гингивита у 2 больных, несмотря на проведенное оперативное лечение, наблюдался рецидив. На ортопантомограммах 19 больных, у которых до лечения были выявлены рентгенологические признаки резорбции костной ткани альвеолярного отростка, имела место стабилизация процесса и сужение периодонтальной щели.

Полученные данные позволяют считать, что возникновение заболеваний пародонта у лиц с сагиттальными аномалиями прикуса обусловлено как наличием сагиттальных аномалий, так и недостаточным гигиеническим уходом, особенно в начальном периоде ортодонтического лечения. Профилактический курс лечения, направленный на снятие воспалительных явлений, создает условия для проведения ортодонтического лечения и способствует предупреждению связанной с ними пародонтальной патологии.

Гигиенический индекс до ортодонтического лечения и в процессе

Гигиенический индекс Федорова-Володкиной	До начала лечения		Через 2—3 дня от начала лечения	
	Число больных	%	Число больных	%
0—1,0	11	20,8	6	11,3
1,1—2,0	19	35,9	14	26,4
2,1—3,0	18	33,9	21	39,6
3,1—4,0	5	9,4	9	17,0
4,1—5,0	—	—	3	5,7

Н. А. Горячев (Казань). Циркулирующие иммунные комплексы при болезнях пародонта

Учитывая потенциальную опасность хронических очагов воспаления в полости рта, а также современные представления, позволяющие рассматривать некоторые очаговообусловленные заболевания как болезни иммунных комплексов, мы определяли количество циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) при пародонтальных заболеваниях, осложненных и неосложненных патологическими зубодесневыми карманами (ПЗДК). Исследование выполняли у 192 больных в возрасте от 19 до 62 лет, страдающих заболеваниями пародонта.

Клинически выделяли три вида поражения пародонта: хронический гингивит, хронический пародонтит и пародонтоз. ЦИК определяли методом осаждения полиэтилглицолом. Результаты выражали в микрограммах агрегированного человеческого гамма-глобулина на 1 мл сыворотки крови.

У 29 больных был хронический гингивит, не осложненный ПЗДК, у 26 — с ПЗДК; у 62 — хронический пародонтит; у 37 — пародонтоз, неосложненный ПЗДК, у 38 — с ПЗДК. В контроле определяли ЦИК у 40 человек без патологии пародонта.

Установлено, что у больных при хроническом гингивите количество ЦИК составляло в среднем 18,6 мкг/мл, при этом у больных хроническим гингивитом, неосложненным ПЗДК, среднее количество ЦИК оказалось равным 16,2, с ПЗДК —

21,0 мкг/мл (у лиц контрольной группы — 10,4). При хроническом пародонтите этот показатель составлял 64,4, а при пародонтозе — 49,8 мкг/мл, причем у больных пародонтозом, несложненным ПЗДК, — 28,1, а с ПЗДК — 71,5 мкг/мл. При сравнении с контролем существенное повышение содержания ЦИК наблюдалось только у больных хроническим пародонтитом, хроническим гингивитом и пародонтозом, осложненными ПЗДК.

Полученные данные позволяют считать, что патогенное (очаговое) действие связано с существованием патологического зубодесневого кармана независимо от нозологии пародонтального заболевания.

УДК 616.314.17—008.1—08:537.363

В. В. Миронова, Т. М. Ткач, Н. М. Пахтусова (Уфа). Ультрафонофорез хлорида кальция в реабилитации больных с заболеванием пародонта

Для быстрого купирования воспаления в тканях пародонта, нормализации обменных процессов, ускорения регенерации и реабилитации больных с заболеваниями пародонта использованы ультрафонофорез и вакуум-ультрафонофорез 10% раствора хлорида кальция.

Методика ультрафонофореза хлорида кальция состоит в следующем. Перед началом процедуры в преддверие полости рта больного вводили 10% раствор хлорида кальция и ультразвуковой излучатель. Воздействие проводили при сомкнутых зубах. После включения ультразвукового генератора «Ультразвук Т-5» головкой излучателя проводили скользящие круговые и продольные движения по слизистой оболочке десны верхней и нижней челюстей. Озвучивание вели в течение 8 мин при частоте ультразвуковых колебаний, равной 880 кГц, интенсивности — 0,2—0,4 Вт/см², при непрерывном режиме генерации. Курс лечения состоит из 10 ежедневных процедур. Примененная методика ультрафонофореза исключает возможность образования воздушного зазора между ультразвуковым излучателем и тканями и создает условия для полноценного транспорта лекарственных веществ в ткани пародонта.

Клинико-рентгенографические показатели состояния пародонта изучены у 247 больных хроническим гингивитом и пародонтозом в возрасте от 20 до 50 лет. Ультрафонофоретическое воздействие при хронических формах гингивита привело к выздоровлению 90,5±6,6% больных, при пародонтозе значительное клиническое улучшение было отмечено у 78,5±5,1% пациентов.

По разработанной нами методике вакуум-ультрафонофореза с помощью вакуума создаем 8 гематом (по 4 на каждой челюсти) и проводим ультрафонофорез 10% раствора хлорида кальция. Курс лечения включает 4 сеанса вакуум-гематом в комбинации с ультрафонофорезом. В течение трех дней между сеансами вакуум-терапии применяем ультрафонофорез 10% раствора хлорида кальция. Эта методика была использована у 50 больных в возрасте от 20 до 60 лет, страдающих пародонтозом и пародонтитом.

Клинико-рентгенографическое обследование больных показало, что включение вакуум-ультрафонофореза 10% раствора хлорида кальция в комплекс реабилитационных мероприятий обеспечивает быстрое и стойкое купирование воспалительного процесса.

УДК 616.314.2—089.28

Н. В. Смоленцева, Л. А. Елизарова, Р. Г. Гизатуллин, З. Н. Новикова (Казань). Эффективность восстановления функции жевания у больных с полным отсутствием зубов

Мы изучали эффективность протезирования 98 больных (мужчин — 38, женщин — 60) с полным отсутствием зубов на верхней и нижней челюсти. В возрасте от 50 до 59 лет было 13 человек, от 60 до 69 — 39, от 70 до 79 — 36 и старше 80 лет — 10.

Функцию жевания оценивали до протезирования и после него через 1 нед, 1 мес, 6 мес, 1 год и 5 лет пользования протезами. С целью получения объективных данных регистрировали биотоки собственножевательных и височных мышц на двухканальном электромиографе «Медикор» с помощью накожных электродов с биполярным отведением в состоянии относительного физиологического покоя, в положении центральной окклюзии и при жевании 1 см³ хлеба. На всех сроках наблюдения больным проводили жевательные пробы по И. С. Рубину для определения жевательной эффективности, а также мастикациографию.

70 человек протезировали по общепринятому методу. У 28 человек со значительной неравномерной атрофией альвеолярных отростков и челюстей, у которых обычные методы протезирования оказались неэффективными, применили метод определения центрального соотношения челюстей, формирования окклюзионной плос-