

### GALVANOSIS: DIAGNOSTIC IMPEDIMENTS

Ostapchenko I. I., Sentchakovitch Yu. V., Havalkina L. M.

Key words: galvanosis, diagnosis

The use of metal dentures in dental practice gives rise to new problems of dentists and their patients: organisms of many patients have negative responses to foreign matters (dentures or fillings). The most of up-to-date materials used in making inlays or dentures are not indifferent to the human body. As a rule patients complain of the taste sensitivity changes, hyposalivation, and vice versa sensation of oral dryness, scratchiness. About 461 patients concluded specialists of dental postgraduation department about similar complaints. But galvanosis at the admission to the department was not made. The most patients changes their orthopedic appliances. We have thoroughly analysed materials which are commonly used and created a special form which is filled on under the examination of patients with signs of galvanosis in oral cavity.

УДК 616.314 – 089.28 + 616.31418 – 002.4

## МЕТОДИКА ВИГОТОВЛЕННЯ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ЗУБО-НАЯСЕНЕВОЇ КАПИ ДЛЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТА

Ткаченко І. М.

Вищий державний навчальний заклад України "Українська медична стоматологічна академія" м. Полтава

*В статті описана спроба підвищити якість комплексного лікування тканин пародонта за рахунок застосування індивідуальної зубо-ясеневі шини. При її використанні ми намагалися об'єднати терапевтичні та ортопедичні етапи лікування захворювань тканин пародонта.*

Ключові слова: індивідуальна зубо-ясенєва капа, пародонтит, комплексне лікування, ортопедичне лікування тканин пародонту, потреба в лікуванні.

Проводячи обстеження та лікування пацієнтів, які звернулися за ортопедичною допомогою, ми звернули увагу на велику кількість хворих, які мають патологію тканин пародонта. За нашими спостереженнями майже 80 відсотків пацієнтів старших 40 років, з якими ми працювали, мали зміни у тканинах пародонта, які були виражені в більшій чи меншій мірі. Приведені нами результати співвідносяться з даними літературних джерел [5,9].

В більшості випадків пацієнти не ставили на перший план зміни, що стосуються тканин пародонта, але спостерігалися нарікання на косметичний дефект зубного ряду у зв'язку зі зміною положення зубів, болісні відчуття при пережовуванні їжі, рухливість окремих зубів чи груп зубів, збільшення вертикальних розмірів зубів за рахунок їх висування із альвеолярної кістки, оголення шийок зубів, у деяких випадках чутливість до температурних та хімічних подразників. Заглиблюючись у висунуті пацієнтом жалоби, зібравши анамнез життя, провівши загальне, місцеве та додаткове обстеження разом з ортопедичним діагнозом, у зв'язку з яким було звернення до клініки, додатково виставляли діагноз хронічного генералізованого пародонтиту I, II чи III ступеню тяжкості, який навіть в деяких випадках був першочерговим.

Оцінюючи результати проведеного обстеження ми намагалися підібрати адекватне, комплекс-

не лікування з використанням засобів етіотропної, патогенетичної та симптоматичної терапії. Захворювання тканин пародонту мають чітку симптоматику, про яку не раз згадувалося – виражена глибина зубоясенної кишені, резорбція кісткової тканини і як наслідок – рухомість зубів (вираженість симптоматичного гінгівіту) [2,7].

Принцип індивідуалізації лікування ґрунтується на обов'язковому вивченні індивідуальних особливостей місцевого та загального стану організму хворого і передбачає:

- етіотропну терапію, спрямовану на знешкодження причинних факторів;

- патогенетичну терапію, яка діє на патогенетичний ланцюжок запально-деструктивного процесу;

- саногенетичну терапію з використанням методів і засобів підвищення захисно-приспосувальних механізмів.

Усунення місцевих подразнюючих факторів та антибактеріальна терапія являються головними, обов'язковими компонентами комплексної терапії пародонтита.

Другим за необхідністю ми виділяли ортопедичне лікування, головна задача якого – повернення жувальному апаратові акомодативної спроможності, забезпечення цілісності зубного ряду та усунення рухливості зубів. Імобілізація окремих зубів або групи зубів, вирівнювання

\* Робота є фрагментом ініціативної науково-дослідної теми кафедри пропедевтики ортопедичної стоматології Вищого державного навчального закладу України "Українська медична стоматологічна академія" (м. Полтава) "Особливості третинної профілактики захворювань зубощелепної системи із застосуванням нових патогенетичних підходів та технологій", номер державної реєстрації 0197 У 02016420.

оклюзійної площини та силових взаємовідношень між зубними рядами шинуючими апаратами або шинуючими протезами – один із провідних методів у комплексі лікувальних заходів на різних стадіях ураження пародонта. Для комплексного лікування захворювань пародонта й адекватної реабілітації хворих запропоновані спеціальні методи, які можна поділити на такі групи [4]:

- перерозподіл жувального навантаження шляхом ортодонтичного лікування аномалій та деформацій жувального апарату;
- безпосереднє протезування;
- тимчасове протезування;
- ортопедичне лікування із постійним шинуванням.

За ортопедичного лікування тканин пародонта необхідно: перерозподілити жувальне навантаження серед зубів, що залишилися; зняти з окремих зубів або з групи зубів надлишкове навантаження (травматичний вузол), утворене в зв'язку з видаленням зубів або їх супра- (інфра-) оклюзією; відтворити функціональну єдність зубного ряду, з'єднати окремі групи зубів у єдину систему; відтворити стан відносного спокою порушеного пародонта та усунути патологічну рухомість зубів, що залишилися [3].

У разі прогресування захворювання відбувається функціональна та морфологічна дисоціація зубних рядів, виникають передчасні контакти зубів та груп зубів [1,6]. Це вимагає обов'язкового пришліфування зубів, наукові основи якого викладені в роботах В. Jankelson, де запропонований метод статичного пришліфовування, при якому передчасні контакти зубів-антагоністів діагностують у положенні центральної оклюзії.

Дуже цікавим на нашу думку є питання про поєднання окремих етапів терапевтичного та ортопедичного лікування захворювань тканин пародонту. Зі сторони терапевтичної стоматології – внесення лікарських препаратів для лікування захворювання та забезпечення їх пролонгованої дії, а зі сторони ортопедичної стоматології – розробка методів додаткового шинування зубних рядів верхньої та нижньої щелепи. При цьому і додаткова шинуюча конструкція і пристрій для внесення та утримання лікарських препаратів повинні бути зручними у виготовленні та використанні як для пацієнта, так і для лікаря-стоматолога.

Тому метою нашої роботи можна вважати розробку та впровадження у лікувальний процес індивідуальної зубо-ясеневі капи для комплексної допомоги при захворюванні тканин пародонта.

Для виконання поставленої мети ми проводили обстеження 18 пацієнтів, які мали захворювання тканин пародонту. Вік пацієнтів складав від 34 до 65 років. У групі пацієнтів, яку ми досліджували, 12 осіб були представницями жіночої статі, решта – чоловічої. Превалювання жі-

нок у дослідній групі ми пояснюємо більш рясним ставленням останніх до проблем косметики зубних рядів та порожнини рота в цілому. Для контролю під нашим наглядом знаходилося 10 пацієнтів з встановленим діагнозом хронічного генералізованого пародонтиту I-III ступеня, яких проводилось традиційне лікування.

Лікування захворювань тканин пародонту проводилось за загальноприйнятною методикою, включаючи терапевтичне, ортопедичне і за потреби хірургічне лікування. Для утримання досягнутого результату ми пропонували додатково виготовляти пацієнтам з патологією тканин пародонта індивідуальні зубо-ясеневі капи. Виготовлення капи складалося із кількох послідовних етапів.

1. Перед виготовленням капи ми вважали за необхідне провести зняття зубних відкладень та провести профілактичну чистку зубів із зняття поверхневих забруднень.

2. У доступній формі дати пояснення пацієнту про методику застосування капи та догляду за нею. Найбільш ефективним на нашу думку є режим використання запропонованої капи протягом ночі.

3. Знімали повні анатомо-функціональні відбитки з верхньої та нижньої щелепи, при цьому відбитковий матеріал повинен був чітко відображати границі перехідної складки.

4. Після відливки моделі по анатомо-функціональному відбитку наносили межі майбутньої капи. На нашу думку для досягнення кращого результату межі майбутньої капи повинні розташовуватися у нейтральній зоні.

5. За допомогою світлотвердіючої смоли TRADENT LC BLOK-OUT формували резервуари в капи. Наносили шар матеріалу товщиною приблизно 0,5 мм, якого буде достатньо для розміщення лікарських препаратів. Товща смоли не наносилась у ділянки межі капи, для забезпечення більш щільного прилягання її країв до слизової оболонки.

6. В вакуумному формувальнику розігрівали лист пластику і наносили на підготовлену модель. Після її охолодження та підрізання по заданим межах перевіряли щільність прилягання до слизової оболонки. Слабим пламенем горілки загладжуються краї капи на моделі.

Такі капи ми виготовляли всім 18 пацієнтам, які знаходились під нашим наглядом. За рахунок нанесення ізолюючої смоли створювались проміжки між капою та слизовою оболонкою саме в ділянці зубо-ясеневі кишені, яка при патології тканин пародонта є головним об'єктом дії лікарських речовин. За рахунок щільного прилягання країв капи до нейтральної зони та до ріжучих країв зубів можемо думати про пролонговану дію лікарських засобів, які будуть внесені всередину капи для лікування захворювання. Лікарські речовини не контактують з ротовою рідиною і тому концентру-

ція їх не падає протягом досить довгого проміжку часу. Так як капа виготовлена із прозорого матеріалу, пацієнти мають можливість користуватися нею, за потребою, навіть вдень.

В якості наповнювача для кап ми рекомендували використовувати гель для ясен – Метрогіл-Дента та препарат Куріозин, фармацевтичної фірми Гедеон-Ріхтер. Вибір наповнювача для капи залежить від загального стану організму і від особливостей протікання патологічного процесу в тканинах пародонту. За необхідності, якщо у конкретного пацієнта були проведені імунологічні дослідження, в якості лікарської речовини можливе використання препаратів імунокорегуючої та імуностимулюючої дії [8, 10].

За рахунок достатньої щільності капи, яка виготовлена в залежності від індивідуальних особливостей зубних рядів, її можна використовувати як додаткову ретенційну конструкцію. За допомогою капи проходить перерозподіл жувального навантаження між зубами, що залишилися. В якості шинуючої конструкції капою можна користуватися і вдень і вночі, як з використанням лікарських препаратів так і без них.

Таким чином при застосуванні нашої індивідуальної капи ми досягли:

1. Пролонгованої дії лікарських препаратів, які використовуються для лікування захворювань тканин пародонта.
2. Можливості використовувати різні лікарські засоби.
3. Застосування капи в якості додаткової шинуючої конструкції для зубних рядів верхньої та нижньої щелепи.
4. Зручності у використанні даної капи. За нашими спостереженнями пацієнти мали змогу користуватися нею і вдень і вночі.
5. Можливість використовувати дану капу постійно у домашніх умовах в цілях профілактики стоматологічних захворювань.
6. Гігієнічності та простоти у догляді.

Обстеження пацієнтів, які знаходились під нашим наглядом проводилось кожні 3 місяці. При оглядах оцінювалася кількість зубних відкладень, ступінь запального процесу у тканинах пародонту, стан шинуючої конструкції, якщо проводилось шинування.

В результаті проведеного лікування з додатковим застосуванням запропонованої індивідуальної капи можемо зробити висновок про збільшення терміну ремісії у пацієнтів, які додатково використовували запропоновані нами капи. Зважаючи на все вищезазначене ми рекомендуємо використовувати дану конструкцію як додатковий метод при комплексному лікуванні захворювань тканин пародонта.

## Література

1. Балин В.Н., Иорданишвили А.К., Ковалевский А.М. Практическая периодонтология. - СПб: Питер Пресс, 1995. - 272 с.
2. Горбачева И.А., Кирсанов А.И. Общесоматические аспекты патогенеза и лечения генерализованного пародонтита // Стоматология. - 2001. - №1. - С. 26-34.
3. Громов О.В. Имобилизация подвижных зубов при пародонтите и включенных дефектах зубных рядов // Стоматология. - 1991. - №6. - С. 78-80.
4. Громов О.В. Роль различных шинирующих конструкций на этапах комплексного лечения больных генерализованным пародонтитом: Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.00.21 / Днепропетровский мед. ин-т. - Д., 1990. - 13с.
5. Данилевский Н.Ф., Борисенко А.В. Заболевания пародонта. - К.: Здоров'я, 2000. - 264 с.
6. Драгобецкий М.К. Избирательная пришлифовка зубов // Стоматология. - 1984. - №2. - С. 86-87.
7. Журбанський В.Д., Рафалюк І.Я., Кулій І.В. Комплексне лікування хворих пародонтитом середнього і тяжкого ступеня // Новини стоматології. - 1996. - №2,3. - С. 41-42.
8. Роль цитокинов в механизмах развития хронического воспаления в ткани пародонта / Ковальчук Л.В., Ганковская Л.В., Рогова М.А., и др. // Иммунология. - 2000. - №6. - С. 24-26.
9. Павлова В.М. Визначення активної потреби населення в ортопедичній допомозі при захворюваннях тканин пародонту // Вісник стоматології. - 1995. - №1. - С. 57-58.
10. Рабинович О.Ф., Пинегин Б.В., Рабинович И.М. Современные возможности иммунокорректирующей терапии заболеваний слизистой оболочки рта // Клиническая стоматология. - 2002. - №1. - С. 68-69.

## Реферат

МЕТОДИКА ИЗГОТОВЛЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЗУБО-ДЕСНЕВОЙ КАПЫ ДЛЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА

Ткаченко И.М.

Ключевые слова: индивидуальная зубо-десневая каппа, заболевания тканей пародонта, комплексное лечение, ортопедическая помощь.

В статье рассмотрена проблема лечения различных форм пародонтитов с использованием индивидуальной зубо-надесневой каппы, которая является одновременно приспособлением для внесения в очаг поражения лекарственных средств и шинирующей конструкцией которая обеспечивает стабильность зубов как на верхней так и на нижней челюстях.

## Summary

TECHNIQUE OF INDIVIDUAL DENTOGINGIVAL APPLIANCE IN COMPLEX TREATMENT OF PARODONTAL TISSUE DISEASES

Tkatchenko I.M.

Key words: individual dentogingival appliance, parodontal tissue diseases, complex treatment, orthodontic service.

The paper is devoted to the treatment of various forms of parodontitis applying individual dentogingival appliance. This appliance is helpful to introduce medicines into the focus of infection and is a splinting construction providing upper and lower jaw teeth fastness as well.