

Петрушанко Т.А., Попович И.Ю.

Украинская медицинская стоматологическая академия, Полтава, Украина

Petrushanko T., Popovich I.

Ukrainian Medical and Dental Academy, Poltava, Ukraine

## Сравнительная оценка реабилитации пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом при включенных дефектах зубных рядов в боковом участке

Comparative evaluation of rehabilitation of patients with chronic generalized periodontitis with included dentition defects in the lateral area

---

### Резюме

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о целесообразности замещения включенных дефектов зубных рядов у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом I степени тяжести с помощью двухэтапной имплантации при отсутствии у пациента общих и местных противопоказаний к ее проведению. Имплантация в области отсутствующих зубов позволяет максимально правильно распределить нагрузку в области зубов, ограничивающих дефект, тем самым предупредить прогрессирование развития хронического генерализованного пародонтита. Альтернативным вариантом является изготовление съемных конструкций, которые позволяют равномерно перераспределить жевательное давление между опорными зубами и альвеолярным отростком в области отсутствующего зуба. Неприемлемым является использование несъемных конструкций зубных протезов. Как показывают результаты исследования, данные конструкции приводят к перегрузке опорных зубов и к дальнейшему прогрессированию заболеваний тканей пародонта.

**Ключевые слова:** генерализованный пародонтит, включенный дефект зубного ряда, имплантат.

---

### Abstract

The results of the study indicate the expediency of replacing the included dentition defects in patients with chronic generalized periodontitis of the first degree with the help of a two-stage implantation, in the absence of general and local contraindications to its conduct. Implantation allows the most correct distribution of the load in the area of teeth adjacent to the defect, thereby preventing the progression of the development of chronic generalized periodontitis. An alternative option is to produce removable structures that allow evenly redistribute the chewing pressure between the supporting teeth and the alveolar process in the area of the missing tooth. It is unacceptable to use non-removable structures of dentures. As the results of the study show, these designs lead to overload of supporting teeth and further progression of periodontal tissue diseases.

**Keywords:** generalized periodontitis, included dentition defect, implant.



## ■ ВВЕДЕНИЕ

Заболевания тканей пародонта на сегодняшний день в структуре стоматологических заболеваний занимают одно из ведущих мест по распространенности [1]. Генерализованный пародонтит занимает лидирующие позиции среди всех заболеваний пародонта. С каждым годом постепенно происходит увеличение количества пациентов с данным заболеванием. Основными факторами, способствующими возникновению и развитию данного заболевания, являются соматическая патология, высокий уровень стресса в современном мире, плохая экологическая ситуация, наличие вредных привычек [2].

Главными симптомами генерализованного пародонтита являются наличие симптоматического гингивита, пародонтальных карманов, прогрессирующей резорбции костной ткани, патологической подвижности зубов [3]. Это все приводит к ранней потере зубов и возникновению эстетических и функциональных дефектов у пациентов с генерализованным пародонтитом. Современное лечение пациентов с генерализованным пародонтитом состоит из нескольких этапов, которые основываются на принципах комплексности, сочетанности, дифференцированности, индивидуализации, курсовости лечебных мероприятий [4]. Важным в лечении пациентов с данной патологией является выбор методов восстановления дефектов зубных рядов, особенно если они являются включенными.

На сегодняшний день для восстановления данных дефектов зубных рядов используются терапевтические, ортопедические и хирургические методики.

## ■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка различных способов восстановления включенных дефектов зубных рядов в боковом участке у пациентов с генерализованным пародонтитом I степени тяжести.

## ■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для достижения поставленной цели проведено клиническое, рентгенологическое, функциональное и лабораторное обследование пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом I степени тяжести, у которых были включенные дефекты зубных рядов в боковом участке. В зависимости от замещения этих дефектов все пациенты были разделены на четыре группы. В первой группе (10 пациентов) восстановление дефектов проводили с помощью несъемных мостовидных конструкций, во второй группе (10 пациентов) замещение включенных дефектов проводили с помощью адгезивной мостовидной конструкции. Пациентам третьей группы (10 пациентов) были изготовлены съемные конструкции. В четвертой группе (10 пациентов) было проведено имплантологическое лечение.

На всех пациентов была заполнена медицинская карта с использованием общепринятых стоматологических клинических методов обследования, пародонтограмма с использованием пародонтометра *ра-on Parometer (Orange dental)*, определение подвижности зубов с помощью периотестера *Periotest M (Medizintechnik Gülden)*, проведено

рентгенологическое (ортопантомография (ОПТГ) и конусно-лучевая компьютерная томография), лабораторное обследование и консультация смежных специалистов при необходимости.

Все пациенты находились под диспансерным наблюдением у врача-стоматолога.

Клиническую оценку местного статуса проводили после 6, 12 и 24 месяцев после окончания лечения, рентгенологическое обследование проводили через 12 и 24 месяца после завершения лечения.

В первой группе для замещения включенных дефектов зубных рядов использовали металлокерамические несъемные конструкции. Обработку опорных зубов проводили с помощью повышающего наконечника и алмазных боров с синей и красной маркировкой. Депульпирование опорных зубов перед протезированием не проводилось.

Во второй группе пациентов для восстановления включенных дефектов зубных рядов использовали фотополимерный наноуполненный материал Ceram X (Dentsply Sirona), материал для объемного внесения SDR (Dentsply Sirona), стекловолоконную ленту Полиглас (ЭСТА) шириной 2 мм. Перед изготовлением адгезивной мостовидной конструкции эндодонтическое лечение не проводили, если на основании данных рентгенологического обследования не было обнаружено патологических изменений в периапикальных тканях.

Пациентам третьей группы было проведено изготовление съемных конструкций зубных протезов.

В четвертой группе пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом I степени тяжести включенные дефекты были замещены с помощью имплантов (двухэтапная имплантация).

Результаты исследований обработаны с использованием методов вариационной статистики для малых выборок.

## ■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В результате проведенного исследования констатировано, что состояние пародонта опорных зубов у пациентов первой группы через 6 месяцев после протезирования имело следующие показатели: глубина пародонтальных карманов была в пределах 3,5 мм, значения периотестометрии были в пределах от +14 до +18. Через 12 месяцев после окончания лечения глубина пародонтальных карманов в области опорных зубов увеличилась на 0,5 мм, а значения периотестометрии – на 2–4 единицы. На рентгенограмме видимых изменений в области опорных зубов в сравнении с исходными данными не было. Через 24 месяца произошло увеличение глубины пародонтальных карманов опорных зубов в пределах до 0,5–1,5 мм с одновременным увеличением показателей периотестометрии до +18 – +24 и прогрессированием резорбции костной ткани опорных зубов до 1 мм. За весь период наблюдения сколов металлокерамической конструкции, а также ее расфиксации не было.

Пациенты второй клинической группы имели иные показатели. Через 6 месяцев после изготовления адгезивной мостовидной конструкции глубина пародонтальных карманов в области опорных зубов была в пределах 3,5 мм, а значения периотестометрии от +12 до +19. Через 12 месяцев после окончания лечения глубина пародонтальных



карманов опорных зубов так же, как и у пациентов первой группы, увеличилась на 0,5 мм, при этом показатели периотестометрии возросли на 2 единицы. На рентгенограмме видимых изменений в области опорных зубов в сравнении с исходными данными не было. Через 24 месяца после окончания лечения глубина пародонтальных карманов опорных зубов была больше на 1,0 мм в сопоставлении с исходными величинами, а показания периотестометрии – на 4 единицы, при этом на ОПТГ была обнаружена резорбция костной ткани в области опорных зубов до 1,0 мм в сравнении с исходными данными. За период функционирования конструкции было выявлено два небольших скола в области восстановленного зуба у двух пациентов и одна фрактура на всю толщину композитного материала в области соединения с опорным зубом. В первых двух случаях была проведена починка с помощью фотополимерного материала. В случае фрактуры была заменена конструкция на несъемный металлокерамический мост.

Пациенты третьей группы, которым были изготовлены съемные конструкции протезов, через 6 и 12 месяцев имели одинаковые показатели в области опорных зубов в сравнении с исходными (глубина пародонтальных карманов была в пределах до 3,5 мм, показатели периотестометрии – от +12 до +17). Через 24 месяца было обнаружено увеличение глубины пародонтальных карманов на 0,5 мм в области опорных зубов со стороны дефекта зубного ряда и увеличение показателей периотестометрии на 2–3 единицы. На ОПТГ через 12 месяцев изменений в области опорных зубов не наблюдалось, через 24 месяца было отмечено увеличение резорбции до 1 мм в области опорных зубов со стороны дефекта зубного ряда. За весь период наблюдения произошла поломка кламмера у одного пациента. Была проведена замена данной конструкции на новую.

Пациенты четвертой группы, у которых была проведена дентальная имплантация, имели иные показатели. Через 6, 12 и 24 месяца после окончания лечения глубина пародонтальных карманов в области опорных зубов была в пределах 3,5 мм. Показатели периотестометрии через 6 месяцев после окончания лечения достоверно улучшились на 3 единицы и находились в пределах от +12 до +16, через 12 месяцев они были аналогичными, а через 24 месяца они улучшились еще на 1–2 единицы и находились в пределах от +11 до +14. Рентгенологическая оценка не выявила ухудшения ситуации в области опорных зубов через 12 и 24 месяца в сопоставлении с исходной. У одного пациента было отторжение имплантата на раннем постхирургическом этапе после его установки. Это было связано с неадекватной гигиеной полости рта и наличием вредной привычки – курения. Данный включенный дефект зубного ряда был восстановлен с помощью съемного протеза.

## ■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У пациентов четырех групп на протяжении всего периода наблюдения не было выявлено клинического обострения хронического генерализованного пародонтита, ухудшения показателей лабораторного обследования.

## ■ ЛИТЕРАТУРА

1. Popovich I., Petrushanko T., Rasin M. (2016) Dvustoronnyaya svyaz' mezhdru parodontitom i insulinorezistentnost'yu: gde vyhod iz kruga? [Two-way communication between periodontitis and insulin resistance: where is the exit from the circle?]. *Visnik Ukraïns'koi medichnoi stomatologichnoi akademii "Aktual'ni problemi suchasnoi medicini"*, vol. 17, no 3 (59), pp. 288–291.
2. Gromov O. (2012) Sravnitel'naya harakteristika indeksov sostoyaniya parodonta v vozrastnom aspekte [Comparative characteristics of periodontal status indices in the age aspect]. *Sovremennaya stomatologiya*, no 4, pp. 16–19.
3. Popovich I. (2017) Porivnyal'na ocinka riznih sposobiv shinuvannya ruhomih zubiv u pacientiv z hronichnim generalizovanim parodontitom [Comparative assessment of different methods of tuning movable teeth in patients with chronic generalized periodontitis]. *Visnik Ukraïns'koi medichnoi stomatologichnoi akademii "Aktual'ni problemi suchasnoi medicini"*, vol. 17, no 3 (59), pp. 239–241.
4. Dutta A. (2014) Prevalence of periradicular periodontitis in a Scottish subpopulation found on CBCT images. *Int. Endod J.*, vol. 47, pp. 854–863.

---

Поступила/Received: 20.02.2018

Контакты/Contacts: petrushanko@yandex.ru