

BACTERIOLOGIC CONTROL OF THE EFFICIENCY OF THE
TREATMENT OF PARODONTAL AFFECTIONS

The microflora of the gums and the gingival pockets of workers of the aluminium production suffering with parodontosis has been studied. By bacteriologic indices the estimation of the efficiency of the polymer membrane in the treatment of this pathology has been carried out. The decrease or complete disappearance of the pathogenic cocci and reduction of the general microbial dissemination of the gum secretion are observed in result of this treatment.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Воробьева Н. Н. Цит. по Н. Н. Скурской и Р. А. Пастернак: Пробл. стомат., 1958, 4, стр. 301.
2. Дьяченко Ю. В., Володкина В. В. Стоматол., 1974, 5, стр. 21.
3. Дьяченко Ю. В., Володкина В. В., Подобуева А. И. Стоматол., 1981, 1, стр. 12.
4. Заверная А. М. Терапевт. стоматол., 1977, 12, стр. 58.
5. Костенко Л. С. Автореф. канд. дисс. Одесса, 1972.
6. Кускова В. Ф. Стоматол., 1965, 1, стр. 13.
7. Кускова В. Ф., Реброва Л. Н. Стоматол., 1971, 5, стр. 59.
8. Ларионова Л. В. Автореф. дисс. канд. Одесса, 1975.
9. Пяткин К. Д., Кривошеин Ю. С. Микробиол., 1980, 3, стр. 488.
10. Утевская С. Л., Добровольская Е. И., Личман Г. А. Пробл. стоматол., 1958, 4, стр. 103.
11. Утевская С. Л., Добровольская Е. И., Личман Г. А. В кн.: Микрофлора при амфодонтозе до и после лечения (тез. докл. научн. сессии). Харьков, 1956, стр. 12.
12. Флис З. А., Горпиенко Л. Я., Бенюмова Н. А. В кн.: Терапевт. стоматол. Киев, 1977, стр. 60.

УДК 617.3

А. А. МИРЗОЯН

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ПОНЯТИЯ ТЕРМИНА «ЗОНЫ
РИСКА» В ТКАНЯХ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ,
ВЫЗВАННЫХ ПЕРЕГРУЗКОЙ БАЗИСОМ ТОТАЛЬНЫХ
ПРОТЕЗОВ

Проведенные клинические наблюдения заболеваний слизистой оболочки протезного ложа, обусловленных перегрузкой базисом тотальных протезов, изготовленных без учета степени податливости слизистой, свидетельствуют о том, что дискретный коэффициент податливости, равный 0,3 мм, является рубежом возникновения заболевания слизистой оболочки. Отсюда следует, что при конструировании тотальных протезов указанная разность в податливости должна нивелироваться компенсационными прокладками.

Изучение состояния тканей протезного ложа необходимо как для оценки эффективности применяемых тотальных протезов и усовершенст-

ования методов их изготовления, так и для предупреждения заболеваний слизистой оболочки, вызываемых ими.

В стоматологической литературе [1—3, 5, 6, 9—13] вопросы, связанные с возникновением заболеваний слизистой оболочки протезного ложа в результате механического, токсического, а также аллергического воздействия базисов протезов, изучены достаточно полно. Однако вопрос влияния факторов перепада нагрузки базиса тотальных протезов на слизистую оболочку протезного ложа под жевательным давлением изучен недостаточно. Между тем это давление, возникающее в связи с важнейшими функциями жевательного аппарата—актом жевания и глотания, достаточно велико и передается на костную ткань челюстей после полной утраты зубов неестественным для человека путем—не через ткани пародонта, а через слизистую оболочку, не приспособленную в достаточной степени к восприятию жевательного давления.

В связи с этим возрастает значение зон податливости слизистой оболочки не только в плане фиксации и стабилизации протезов, но и как анатомических структур, в которых при неблагоприятных условиях, в данном случае при их перегрузке жевательным давлением, могут возникнуть очаговые воспаления. Такие места, которые связаны с неправильным распределением жевательного давления базисом тотальных протезов, могут стать «зонами риска», т. е. возникновения заболеваний слизистой оболочки.

С помощью специального прибора «Электронный измеритель податливости слизистой оболочки протезного поля» нашей конструкции [7] мы определяли место и глубину компенсаторных камер во внутреннем рельефе тотального протеза [8]. Необходимость количественной характеристики так называемых «зон риска» обусловлена тем, что в одних случаях предел податливости слизистой, очевидно, является в какой-то степени физиологическим, а в других—патологическим, связанным с перегрузкой и возникновением заболеваний соответствующих зон протезного ложа.

Клинические наблюдения проведены у 70 пациентов обоего пола с относительно одинаковыми анатомо-функциональными особенностями челюстей после полной утраты зубов. Обследованные были условно распределены на 7 групп (по 10 пациентов в каждой) в зависимости от величины дискретного коэффициента* податливости слизистой оболочки протезного ложа. Измерения проводились в 14 зонах на верхней и в 5 зонах на нижней челюстях по В. И. Кулаженко [4]. С целью определения «зон риска» возможных заболеваний слизистой оболочки протезного ложа было изготовлено 70 тотальных протезов на верхнюю и 70 на нижнюю челюсти без учета дискретного коэффициента податли-

* Для определения понятия разности податливости между максимальными и минимальными величинами в различных зонах исследования податливости слизистой оболочки протезного ложа мы ввели термин—дискретный коэффициент.

востии слизистой. У всех пациентов тщательно исследовались состояние слизистой оболочки и ее податливость.

На рисунке показана зависимость числа заболеваний слизистой оболочки (n) от значения дискретного коэффициента (γ) для верхней и нижней челюстей $n=f(\gamma)$. Показано, что при дискретном коэффициенте 0,1 и 0,2 мм наблюдалось катаральное воспаление слизистой оболочки, возникшее в результате травмирования краями базиса тотального протеза (на верхней челюсти у трех и на нижней—у двух пациентов).

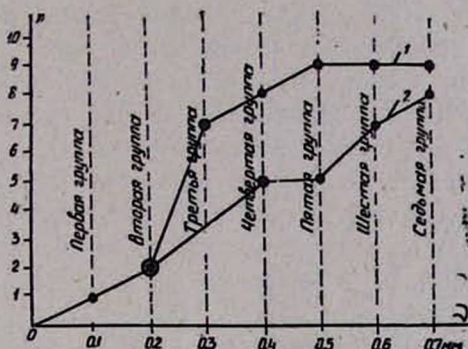


Рис. 1. Кривая зависимости (по группам): 1—верхняя, 2—нижняя челюсти.

В третьей группе, где дискретный коэффициент был равен 0,3 мм, у 7 пациентов из 10 наблюдались заболевания слизистой оболочки протезного ложа в виде катарального воспаления, в том числе у двух—очаговое воспаление слизистой. При этом цвет слизистой оболочки соответствовал № 3, 4, 5 по расцветке В. И. Кулаженко [5], резистентность капилляров—в пределах 30—60 сек (при норме 120 сек и более).

При значении дискретного коэффициента от 0,4 до 0,7 мм (в 4—7 группах) степень выраженности указанных заболеваний усиливалась. У одного пациента в седьмой группе наблюдалось папилломатозное разрастание слизистой по всей площади протезного ложа (на верхней и нижней челюстях). Цвет слизистой оболочки в вышеуказанных группах соответствовал № 4, 5, 6 по расцветке, резистентность капилляров—в пределах 20—45 сек.

Таким образом, из вышесказанного следует, что резистентность капилляров находится в прямой зависимости от тяжести воспалительного процесса: чем выраженнее воспаление слизистой оболочки протезного ложа, тем меньше резистентность капилляров, и наоборот.

Клиническими исследованиями, проведенными у 70 пациентов, в 45 случаях (64,3%) выявлено заболевание слизистой оболочки протезного ложа (катаральное, очаговое воспаление, папилломатозное разрастания) на верхней и в 27 (38,5%)—на нижней челюсти. При возрастании дискретного коэффициента податливости слизистой оболочки в пределах 0,3—0,7 мм число воспалительных процессов составляет 42 (60%) на верхней и 25 (35,7%)—на нижней челюсти. При этом степень указанных заболеваний усиливается.

Для решения вопроса, надо ли учитывать дискретный коэффициент, равный 0,3 мм, при конструировании тотальных протезов у одного и того же пациента в одной из идентичных зон, где дискретный коэффициент составлял 0,3 мм, производилась изоляция свинцовой прокладкой малоподатливой зоны, а в другой не производилась. В зоне с изоляцией видимых изменений слизистой оболочки не наблюдалось, тогда как при отсутствии изоляции наблюдалось катаральное воспаление слизистой оболочки, вызванное перегрузкой базисом тотального протеза. Цвет слизистой соответствовал № 3 по расцветке, резистентность капилляров—57 сек.

На основании проведенных исследований стало возможным определить локализацию «зон риска» и дать им количественную характеристику. Установлено, что участки слизистой, где дискретный коэффициент податливости 0,3 мм и более, являются «зонами риска», т. е. зонами, где возможно возникновение заболеваний слизистой оболочки протезного ложа. Необходимо также отметить, что дискретный коэффициент, равный 0,1 и 0,2 мм, при конструировании тотальных протезов можно не учитывать, т. к. он не влияет на их функциональную полноценность.

Целью функциональной диагностики при протезировании является создание адекватной нагрузки на ткани протезного ложа, приближающейся к естественной. Кроме того, с помощью ранней диагностики представляется возможность выяснить состояние адаптационно-компенсаторных и регуляторных механизмов. Раннее обнаружение функциональной недостаточности тотальных протезов является основой профилактики и эффективности лечения.

Дилижанская ЦГБ

Поступила 25/VI 1983 г.

Ա. Ա. ՄԻՐՁՈՅԱՆ

ԱՄԲՈՂՋԱԿԱՆ ՊՐՈԹԵԶՆԵՐԻ ՀԻՄՔԻ ԾԱՆՐԱԲԵՌՆԵՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆԻՑ ՊՐՈԹԵԶԱՅԻՆ ԴԱՇՏԻ ՀՅՈՒՍՎԱԾՔՆԵՐՈՒՄ ԱՌԱՋԱՑԱԾ «ՌԻՍԿԻ ԳՈՏԻՆԵՐ» ՏԵՐՄԻՆԻ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՀԱՍԿԱՑՈՒԹՅԱՆ ՍԱՀՄԱՆՈՒՄԸ

Առանց լորձաթաղանթի դյուրաթեքության աստիճանի հաշվառման պատրաստված ամբողջական պրոթեզների հիմքի ծանրաբեռնվածությանը պայմանավորված պրոթեզային դաշտի լորձաթաղանթի հիվանդությունների կլինիկական դիտարկումները վկայում են, որ 0,3 մմ հավասար դյուրաթեքության դիսկրետ գործակիցը լորձաթաղանթի հիվանդությունների առաջացման սահմանագիծն է: Այստեղից հետևում է, որ ամբողջական պրոթեզներ պատրաստելիս դյուրաթեքության նշված տարբերությունը պետք է համահարթել փոխհատուցող միջադիրներով:

DETERMINATION OF THE CLINICAL CONCEPTION OF THE TERM "RISK ZONE" IN THE TISSUES OF PROSTHETIC BED, CAUSED BY OVERLOAD OF THE BASE OF THE TOTAL PROSTHESIS

The clinical observations of the diseases of the mucous membrane of the prosthetic bed, due to the overload of the base of the total prosthesis, made without evaluation of the degree of the mucous pliancy testify to the fact, that the discrete coefficient of the pliancy equal to 0,3 mm may become the cause of the diseases. So, in construction of the total prosthesis this difference in the pliancy must be levelled by the compensative washer.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Василенко З. С. Автореферат дисс. докт. Киев, 1975.
2. Гаврилов Е. И. Протез и протезное ложе. М., 1979.
3. Калинина Н. В. Протезирование при полной потере зубов. М., 1979.
4. Кулаженко В. И. Стоматология, 1972, 1, стр. 34.
5. Кулаженко В. И. Автореферат дисс. докт. Одесса, 1967.
6. Танрыкулиев П. Т. Здравсохранение Туркменистана, 1976, 2, стр. 33.
7. Мирзоян А. А. Электронный измеритель податливости слизистой оболочки протезного поля. Методические рекомендации. Ереван, 1980.
8. Мирзоян А. А. Метод изготовления полных пластиночных протезов с учетом податливости слизистой оболочки протезного поля. Методические рекомендации. Ереван, 1980.
9. Мирзоян А. А. Ж. экспер. и клин. мед. АН Арм. ССР, 1982, XXII, 4, стр. 363.
10. Schreiber S.—Dtsch. rahnörztl. Z., 1979, 34, 4, 359.
11. Halfarin A. R.—J. prosth. Dent., 1980, 43, 6, 605.
12. Gobel B.—Zahntechnik, 1981, 22, 819, 435.
13. Watson J. P.—J. prosth. Dent., 1982, 47, 2, 133.

УДК 616.728.3—001:612.816

Э. В. АЗИЗЯН, Г. Н. АВАКЯН, Л. И. КОСТАНДЯН

ВОПРОСЫ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ НЕЙРОМОТОРНОГО АППАРАТА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ МЕНИСКОВ

В результате электронейромиографических исследований выявлена сущность патогенетических механизмов при повреждениях мениска, что должно способствовать успешному решению задач лечения и раннего восстановления нарушенной функции поврежденной конечности.

Ведущее место среди травм коленного сустава (50—84%) занимает повреждение менисков [7, 15]. Длительные сроки восстановления трудоспособности [3, 13], серьезные осложнения при неправильной и запоздалой терапии травм мениска, вызывающие нередко значитель-