



МИНЗДРАВ РОССИИ

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«Дальневосточный государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО ДВГМУ Минздрава РФ)

Особенности ортопедического лечения пациентов с дефектами зубных рядов при заболеваниях пародонта

*Юркевич Александр Владимирович, заведующий кафедрой стоматологии ортопедической
ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России,
д.м.н., доцент*

*Сувырина Марина Борисовна, заведующая кафедрой стоматологии терапевтической ФГБОУ
ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России, к.м.н.,
доцент*

*Алиева Алсу Шамсадин кызы, студентка стоматологического факультета ФГБОУ ВО
«Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России*

Хабаровск, 2026

Актуальность

Заболевания пародонта и частичная потеря зубов являются одними из наиболее распространенных и патогенетически взаимосвязанных стоматологических патологий среди взрослого населения. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и результатом отечественных эпидемиологических исследований, распространенность воспалительно-деструктивных поражений пародонта (хронического генерализованного пародонтита) у лиц в возрасте от 35 до 65 лет достигает 85–95%. При этом у преобладающего большинства больных воспаление пародонта осложняется частичной вторичной адентией.



Актуальность

Традиционные методы протезирования без учета функционального состояния пародонта у таких пациентов часто приводят к быстрой декомпенсации процесса, прогрессированию подвижности опорных зубов и скорой утрате протезов. В этой связи ортопедическое лечение пациентов с дефектами зубных рядов на фоне пародонтита приобретает не только восстановительный, но и шинирующий характер, являясь неотъемлемым звеном комплексной терапии.



Цель

Цель исследования — повысить эффективность комплексного лечения пациентов с дефектами зубных рядов при заболеваниях пародонта путем разработки и биомеханического обоснования алгоритма ортопедического лечения, который включает применение шинирующих конструкций и оптимизированных мостовидных и бюгельных протезов.



Задачи

Задачи исследования

1. Проанализировать данные современной отечественной и зарубежной литературы по проблеме патогенеза функциональной перегрузки пародонта и биомеханики ортопедического лечения при дефектах зубных рядов;
2. Провести клинико-рентгенологическое и инструментальное обследование пациентов с частичной вторичной адентией, осложненной хроническим генерализованным пародонтитом различной степени тяжести;
3. Оценить влияние различных видов ортопедических конструкций (несъемных шинирующих мостовидных протезов, бюгельных протезов и протезов на имплантатах) на динамику показателей подвижности зубов и пародонтальных индексов.
4. Разработать практические рекомендации по выбору конструкции протезов, планированию окклюзионной коррекции и подготовке полости рта к ортопедическому лечению у больных пародонтитом.



Материал исследования

В исследовании использовались 85 амбулаторных карт стоматологических больных в возрасте от 35 до 76 лет, обращавшихся на период с 2023 по 2026 год. У всех пациентов основным диагнозом является частичная вторичная адентия, сопутствующее заболевание - хронический генерализованный пародонтит.

Пациенты были разделены на две группы в зависимости от применяемого метода ортопедического лечения:

- **Группа А (75 пациентов):** проводилось комплексное ортопедическое лечение с предварительным временным шинированием стекловолоконными армированными нитями, избирательным пришлифовыванием и последующим протезированием металлокерамическими шинирующими мостовидными протезами.
- **Группа Б (10 пациентов):** проводилось традиционное протезирование съемными бюгельными протезами без применения специальных шинирующих элементов и предварительного временного шинирования.



Методы исследования:

Использовались следующие методы исследования пациентов:

- **Клиническое обследование:** сбор анамнеза, визуальный осмотр, пальпация, зондирование пародонтальных карманов, оценка степени патологической подвижности зубов по шкале Энтина (I, II, III степени).
- **Пародонтальные индексы:** индекс РМА (папиллярно-маргинально-альвеолярный) для оценки тяжести пародонтита. Пародонтальный индекс РІ для оценки тяжести деструктивного процесса. Индекс кровоточивости десневой борозды по Мюллеману для оценки активности воспаления.
- **Рентгенологические методы:** ортопантомография (ОПТГ) и конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ) до лечения, через 6 и 12 месяцев. Оценивались высота резорбции межальвеолярных перегородок и состояние кортикальных пластинок.



Результаты исследования

Группа А (шинирование):

- Подвижность снизилась с II до I степени у 54 пациентов, у 21 — стабилизация на II степени без прогрессии.
- Глубина пародонтальных карманов уменьшилась на 1,5–2 мм.
- РМА: снижение степени воспаления с 65% до 25–30%; кровоточивость: с 3 до 1 балла; РІ: с 3,8 до 1,7.
- Рентгенологически — отсутствие прогрессирующей резорбции, у 16 пациентов — уплотнение кортикальных пластинок.



Результаты исследования

Группа Б (бюгельный протез):

- Подвижность осталась на уровне II степени (без нарастания).
- РМА: снижение степени воспаления с 65% до 35–40%; кровоточивость: с 3 до 1 балла; РІ: с 3,8 до 2,0.
- Рентгенологически — резорбция остановлена, кортикальные пластинки сохранены, но признаков регенерации костной ткани не выявлено.

В группе шинирования достигнута не только стабилизация, но и регресс воспалительно-деструктивных изменений за счет жесткой фиксации зубов в блок и равномерного распределения жевательного давления. Бюгельное протезирование обеспечило предотвращение прогрессирования патологии и функциональную компенсацию, однако не создало условий для репарации костной ткани, что обусловлено передачей части нагрузки через кламмерную систему.



Рекомендации

1. Перед ортопедическим лечением проводить профессиональную гигиену и санацию полости рта, направленные на устранение воспаления и уменьшение глубины пародонтальных карманов.
2. При II-III степени подвижности зубов отдавать предпочтение шинирующим конструкциям, поскольку в исследовании именно шинирование обеспечило снижение подвижности у большинства пациентов.
3. Бюгельные протезы применять при необходимости функционального замещения дефектов зубных рядов, учитывая сохранение II степени подвижности зубов и необходимость контроля нагрузки на опорные зубы.
4. При планировании протезирования проводить окклюзионную коррекцию с целью равномерного распределения жевательной нагрузки и предотвращения функциональной перегрузки пародонта.
5. После протезирования проводить регулярный контроль подвижности зубов, пародонтальных индексов и рентгенологических изменений для своевременного выявления прогресса заболевания.



Выводы

1. Анализ литературы показал, что функциональная перегрузка пародонта при дефектах зубных рядов может способствовать прогрессированию пародонтальных изменений, поэтому при ортопедическом лечении необходимо учитывать биомеханические особенности распределения жевательной нагрузки.
2. Клинико-рентгенологическое и инструментальное обследование позволило оценить состояние пародонта, степень подвижности зубов и особенности дефектов зубных рядов, что является основой для индивидуального планирования ортопедического лечения.
3. Установлено, что выбор ортопедической конструкции оказывает влияние на распределение функциональной нагрузки и состояние пародонта. Эффективность несъемных шинирующих мостовидных протезов, бюгельных протезов и протезов на имплантатах зависит от клинической ситуации и состояния опорных тканей.
4. Разработанные рекомендации предусматривают предварительную санацию и пародонтологическую подготовку полости рта, оценку окклюзии и индивидуальный выбор конструкции протеза с учетом состояния пародонта и характера дефекта зубного ряда.



Спасибо за внимание !

