Результаты анализа основных параметров для представления эффекта ортопедического лечения

Давлатова София Мамасолиевна
Самаркандский государственный медицинский университет

Аннотация
Для проведения анализа эффективности лечения был выбран параметр «наличие осложнений», а именно усугубление степени тяжести пародонтита. В таблице 1 представлено распределение пациентов в зависимости от полученного клинического исхода.

Ключевые слова
реопародонтографии, Клинический пример, Корневые каналы зубов

Таблица 1 - Распределение пациентов основной и контрольных групп в зависимости от клинического исхода

Группы	Изучаемый эффект (исход)		
	Есть	Нет	Всего
Основная группа (n=66)	A=1	B=65	A+B=66
1 контрольная группа (n=35)	C=3	D=32	C+D=35
2 контрольная группа (n=35)	C=6	D=29	C+D=35
Всего (чел)	10	126	136

Анализ таблицы 4.25 показывает, что в зависимости от эффекта лечения пациенты с неблагоприятным исходом были распределены следующим образом. 3 (8,5%) пациента первой контрольной группы (35 человек), 6 (17,1%) пациентов второй контрольной группы (35 человек) и 1 (1,5%) человек основной группы.
Таким образом, в 92,6% случаев (у 126 пациентов) наблюдался благоприятный исход ортопедического лечения среди общего количества пациентов с хроническим локализованным пародонтитом средней степени тяжести во фронтальном отделе нижней челюсти.

Оценить эффективность лечения с точки зрения доказательной медицы можно по ключевым показателям, представленным в таблице 4.26. Различия

осложнений в основной и 1 контрольной (или 2 контрольной) группе считались статистически значимыми при ^{2} = 3,84 с вероятностью p = 0,05*, ^{2} = 6,63 с вероятностью p = 0,01**, ^{2}= 10,83 с вероятностью p = 0,001***.

Таблица 2 - Показатели оценки результатов, изучаемой основной группы, по отношению к традиционному лечению контрольных групп (К/Г)

Группа сравнения		Показатели							
	ЧИЛ %	ЧИК %	САР %, 95% ДИ	СОР %, 95% ДИ	ЧБНЛ %, 95% ДИ	ОР %, 95% ДИ	ОШ %, 95% ДИ	2	p
Основная и 1 контрольная группа	0,015	0,086	0,071 2,23-2,37	0,823 1,48-3,13	14,172 12-16	0,177 3,959-0,493	0,164 0,016-1,641	2,994	0,084
Основная и 2 контрольная группа	0,015	0,171	0,156 2,01-2,32	0,912 1,25-3,07	6,399 4-9	0,088 4,503-0,349	0,074 0,009-0,646	8,660 **	0,003

При сравнении основной и контрольных групп частота исхода лечения в группах одинаковы. Частота осложнений при использовании нашей методики в 9 раз ниже, чем при использовании методики шинирования из блока металлокерамических коронок и в 11 раз ниже, чем при использовании шины из стекловолокна «GlasSpan». Сравнивая остальные показатели эффективности лечения основной и первой контрольных групп, достоверных различий нет при ^{2} равном 2,994. Со второй контрольной группой имеются достоверные различия при ^{2} = 8,66 при p= 0,003. Для оценки эффективности на основе доказательной медицины используется расчет показателя ЧБНЛ, который характеризует количество людей, необходимых пролечить, чтобы предотвратить 1 неблагоприятный исход. Наша методика более выражена в сравнении с методикой шинирования стекловолоконным жгутом «GlasSpan». Так для предотвращения 1 неблагоприятного исхода 2 контрольной группы необходимо пролечить каждого 6 пациента, а в первой контрольной группе каждого 14. Анализируя таблицу 4.26, мы видим у 2 контрольной группы значение относительного риска 0,088 и значение отношения шансов 0,074, которые меньше 1. Данные показатели подтверждают достоверное преимущество нашей методики.

Таким образом, оценка эффективности ортопедического лечения, основанная на принципах доказательной медицины, позволяет говорить о положительном результате лечения пациентов с хроническим локализованным пародонтитом средней степени тяжести во фронтальном отделе нижней челюсти при помощи предложенного нами метода.

Клинический пример

Пациент К., 55 лет обратился на кафедру ортопедической стоматологии Самарского государственного медицинского университета с жалобами на подвижность зубов и кровоточивость десен, затрудненное пережевывание пищи, эстетический недостаток.

При осмотре полости рта была выявлена 2 степень подвижности по Miller- Flezar у зубов 3.2, 4.2 и 3 степень подвижности у зуба 3.1. Для оценки степени воспаления тканей пародонта, а именно кровоточивости, использовали индекс Mühlemann-Cowell, который был равен 2,5 балла. Провели количественное определение мягкого зубного налета индексом Silness–Loe, который был равен 2. Для оценки индекса гигиены полости рта

применяли метод Green–Vermillion, который был равен 4,5 на момент обследования. Величину костной деструкции оценивали согласно классификации Goldman-Cohen для зубов 3.3-3-й тип, для зубов 3.2, 4.2 2-й тип и зубов 3.3, 4.3 1-й тип соответственно (рисунок 4.16).



Рисунок 4.16. Фото ОПТГ пациента П., 55 лет до лечения

При рентгенологическом исследовании зубов 3.2, 4.2 определялась убыль костной ткани межзубных перегородок, рисунок кости мелкоячеистый, склеротированный (рисунок 4.16.). Анализ периотестометрии у пациента К., 55 лет до начала лечения составил 22 у.е. Анализ реопародонтографии у пациента К., 55лет имел следующие значения: реографический индекс (РИ) – 0,09 Ом (Синев И.И. и др., 2020).Пациенту К., 55 лет поставлен диагноз: частичное отсутствие зубов IV класс по Кеннеди на нижней челюсти, хронический локализованный пародонтит средней степени тяжести.Пациенту назначено комплексное лечение: терапевтическое лечение зубов 3.3, 3.2, 4.2, 4.3, ортопедическое лечение (долговременное шинирование, замена несостоятельных металлических штампованных коронок), хирургическое лечение зуба 3.1. Произведено эндодонтическое лечение опорных зубов 3.3, 3.2, 4.2, 4.3 под контролем прицельной рентгенографии.
Исходная ситуация в полости рта после проведения санации представлена на рисунке 4.17.



Рисунок 4.17. Клиническая ситуация в полости рта пациента П., 55 лет после подготовительного лечения

Корневые каналы зубов 3.3, 3.2 и 4.3 параллельны между собой, поэтому были распломбированы на 2/3 их длины, а корневой канал зуба 4.3 дивергирует относительно осей остальных каналов, поэтому нами распломбирован только на 1/3. Далее с оральной поверхности передних зубов был отпрепарирован паз с учетом расположения устьев корневых каналов (рисунок 4.18).



Рисунок 4.18. Фото зубов после препарирования под шину собственной конструкции пациента К., 55 лет (зеркальное изображение)

Затем мы получили силиконовый оттиск (сэндвич-техника) с зубного ряда

а

и каналов зубов одновременно силиконовой оттискной массой Speedex. Далее отливали модель из супергипса. Зубной техник смоделировал штифты, каркас будущей шины из воска таким образом, чтобы от наружной поверхности балки до верхней границы препарированного паза оставалось 0,8-0,9 мм места для нанесения слоя керамики. Потом заменяли восковую репродукцию на кобальтхромовый сплав. Затем припасовали шину на гипсовой модели и в полости рта (рис. 4.19). При этом длина корневых штифтов 2/3 в параллельных корневых каналах и длина штифтов 1/3 в непараллельных каналах обеспечили беспрепятственное наложение шины. Далее определили цвет керамики с использование шкалы Vita.



Рисунок 4.19. Фото шины на модели с язычной стороны

На поверхность металлической балки, обращенной в сторону полости рта, и на литой

каркас отсутствующего зуба нанесли керамическое покрытие, соответствующее цвету и анатомической форме зубов. После этого произвели припасовку готовой цельнолитой шины в полости рта и фиксацию ее на фуджи 1 (рисунок 4.20). Дан совет по дальнейшему пользованию протезом.



Рисунок 4.20. Фото нижних передних зубов после фиксации шины для устранения подвижности зубов у пациента К., 55 лет

Полученные показатели реопародонтографии зубов до протезирования у исследуемого пациента свидетельствовали о функциональной недостаточности пародонта зубов с характерной для нее вазоконстрикцией. Наблюдалась пологая анакрота, упрощенная вершина, сглаженная дикротическая волна, расположенная близко к вершине. Величина ИПС составляла 123%. Интенсивность кровенаполнения (РИ) – 0,04 Ом (рисунок 4.21).

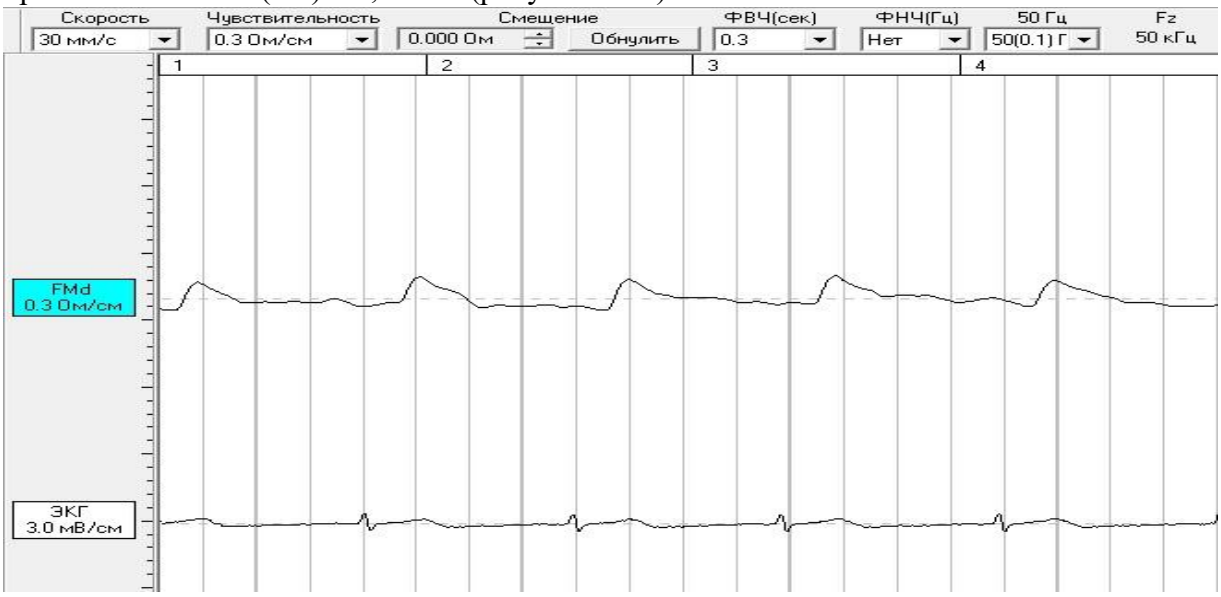


Рисунок 4.21. Фото реограммы пациента К., 55 лет до лечения

Через 6 месяцев после шинирования величина ИПС- 99%, Интенсивность

кровенаполнения (РИ) была 0,01 Ом (рисунок 4.22).

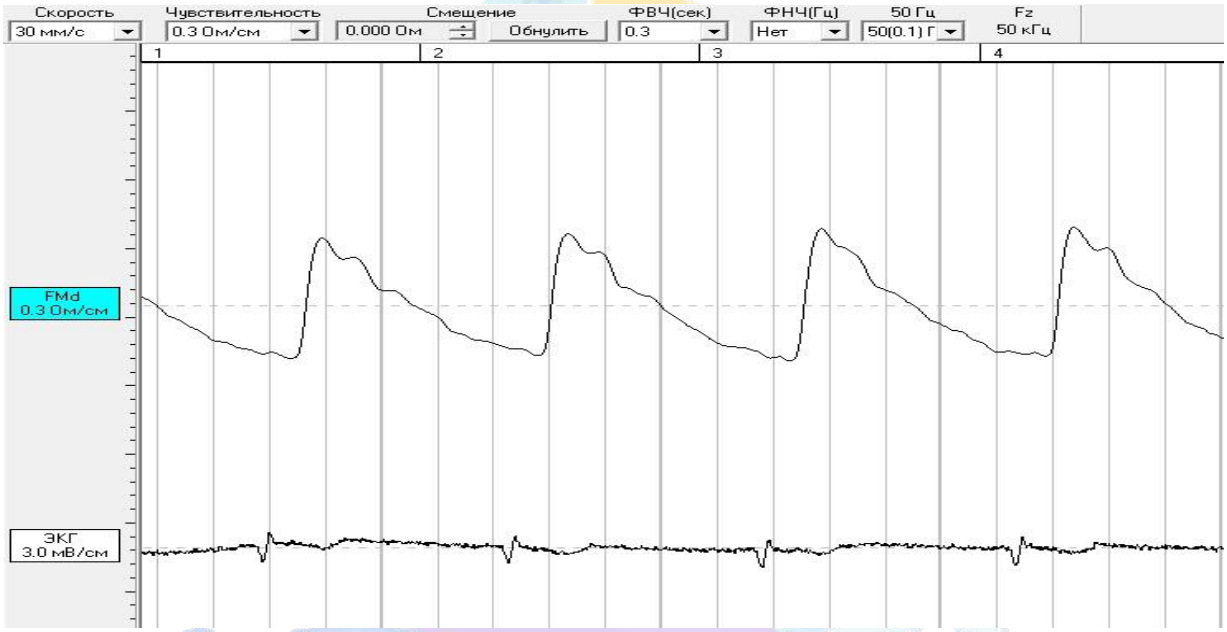


Рисунок 4.22. Фото реограммы пациента К., 55 лет через 6 месяцев после шинирования

Данные рентгенологического исследования через 6 месяцев после шинирования показали исчезновение активности в зонах деструкций и возобновление репаративных процессов, уменьшение вертикальной резорбции межзубных альвеолярных перегородок, происходило сужение периодонтальной щели (рисунок 4.23).



Рисунок 4.23. Фото ОПТГ пациента К., 55 лет через 6 месяцев после шиинрования Анализ реопародонтограмм показал, что через 1 год пользования шиной для устранения подвижности зубов состояние гемодинамики пародонта опорных зубов значительно улучшилось по сравнениюс результатами, полученными до протезирования. При визуальной оценке реопародонтограмм наблюдали достаточно крутую анакроту, выраженную вершину и дикротическую волну с инцизурой

расположенной в средней части катакроты. Величина ИПС-93%. Интенсивность кровенаполнения- 0,01 Ом. Все это свидетельствует о нормальном тонусе сосудов пародонта оставшихся зубов (рисунок 4.24).

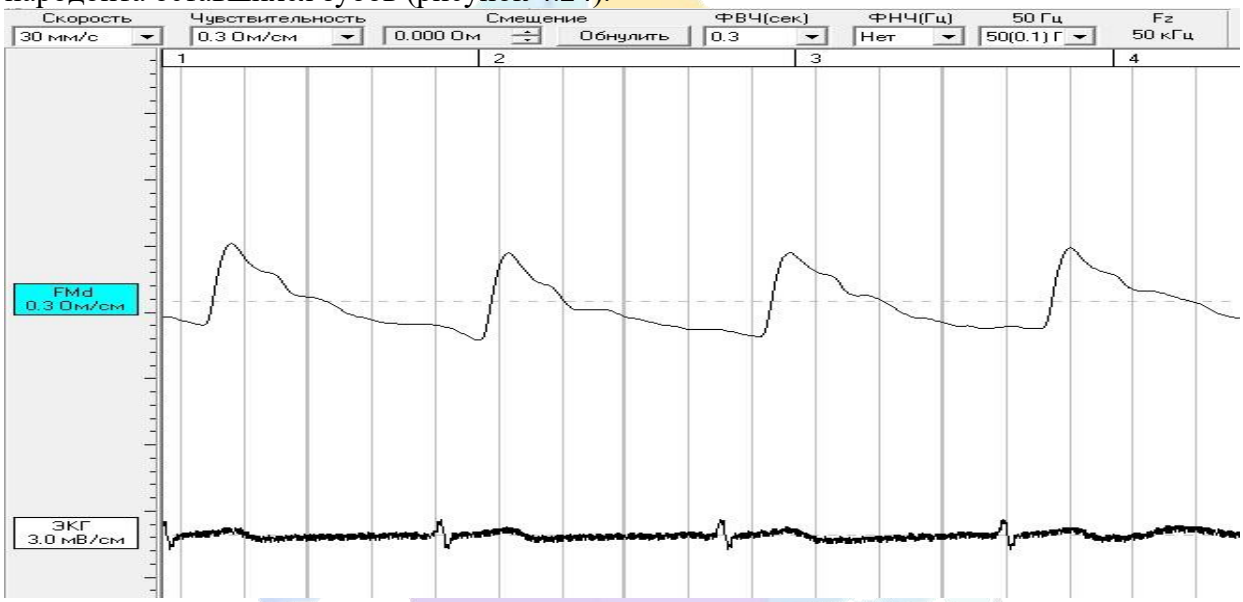


Рисунок 4.24. Фото реограммы пациента К., 55 лет через 1 год после шинирования

Через 12 месяцев после проведенного лечения на контрольном снимке нами не было выявлено изменений в межзубных промежутках и периапикальной области, так же размер периодонтальной щели соответствовал норме (рис. 4.25)

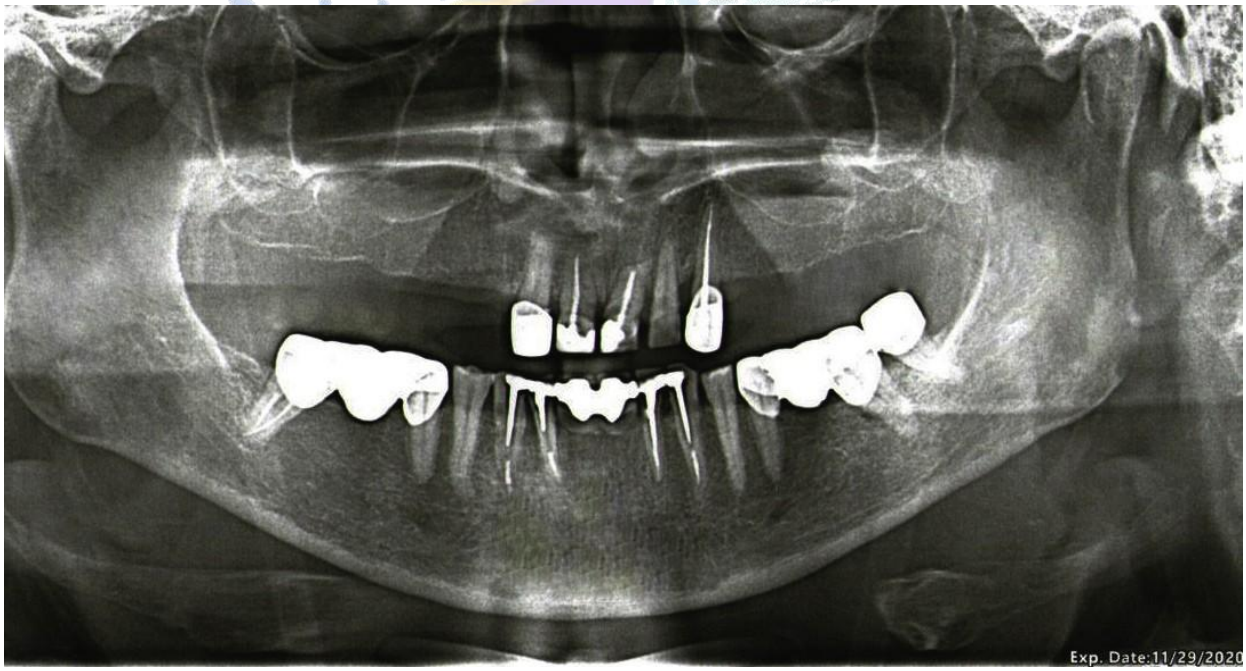


Рисунок 4.25. Фото ОПТГ пациента К., 55 лет через 12 месяцев после шинирования

Показатели периотестометрии у пациента К., 55 лет до начала лечения составляли 22у.е., сразу после наложения шины и ее фиксации данный показатель резко изменился в 5 раз и составлял 4,45 у.е., через 1 месяц – 3,4 у.е., что равно физиологической подвижности зубов. Исследование с помощью прибора «Periotest», проведенное через 6 и 12 месяцев после шинирования зубов, показало, значения 2,4 у.е. и 2,2 у.е. соответственно.

По результатам анкетирования при помощи опросника OHIP-14 уровень качества жизни пациента К., 55 лет соответствовал хорошему через 6 месяцев и в последующий год после шинирования (общая сумма баллов 22).Пациент результатом протезирования полностью удовлетворен.

Рекомендации

1. Жалалова Д.З.ОКТ- ангиография при оценке сосудистого русла сетчатки и хориоидеи//Биология ва тиббиет муаммолари, (2021) № 6 (130),211-216
2. Жалалова Д.З. Классификационые критерии изменений сосудов сетчатки при артериальной гипертензии/ Международная научная конференция Университетская наука: взгляд в будущее, (2022) , Курск, 56-64
3. Жалалова, Д. З., Кадирова, А. М., & Хамракулов, С. Б. ИСХОДЫ ГЕРПЕТИЧЕСКИХ КЕРАТОУВЕИТОВ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОМ «ОФТАЛЬМОФЕРОН» В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИММУННОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ// МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД ПО ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОРГАНОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ, (2021). 103.
4. Жалалова, Д. З. Метод комбинированного лечения диабетической ретинопатии // Врач аспирант, (2009). 37(10), 864-868.
5. Долиев, М. Н., Тулакова, Г. Э., Кадырова, А. М., Юсупов, З. А., & Жалалова, Д. З. ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЦЕНТРАЛЬНОЙ СЕРОЗНОЙ ХОРИОРЕТИНОПАТИЕЙ // Вестник Башкирского государственного медицинского университета, (2016). (2), 64-66.
6. Жалалова, Д. З. Метод комбинированного лечения диабетической ретинопатии // Врач аспирант, (2009). 37(10), 864-868.
7. F. Shernazarov, D. Jalalova, A. Azimov, S. Azimova CAUSES, SYMPTOMS, APPEARANCE, TREATMENT OF VARICOSE VEINS // SAI. 2022. №D7. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/causes-symptoms-appearance-treatment-of-varicose-veins (дата обращения: 19.11.2022).
8. F. Shernazarov, J. Tohirova, D. Jalalova TYPES OF HEMORRHAGIC DISEASES, CHANGES IN NEWBOENS, THEIR EARLY DIAGNOSIS // SAI. 2022. №D5. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/types-of-hemorrhagic-diseases-changes-in-newboens-their-early-diagnosis (дата обращения: 19.11.2022).
9. F. Shernazarov, J. Tohirova, D. Jalalova TYPES OF HEMORRHAGIC DISEASES, CHANGES IN NEWBOENS, THEIR EARLY DIAGNOSIS // SAI. 2022. №D5. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/types-of-hemorrhagic-diseases-changes-in-newboens-their-early-diagnosis (дата обращения: 29.10.2022).
10. Жалалова Д.З.ОКТ- ангиография при оценке сосудистого русла сетчатки и хориоидеи// Биология ва тиббиет муаммолари, (2021) № 6 (130),211-216
11. Жалалова Д.З. Классификационые критерии изменений сосудов сетчатки при артериальной гипертензии/ Международная научная конференция Университетская наука: взгляд в будущее, (2022) , Курск, 56-64

12. Жалалова, Д. З., Кадирова, А. М., & Хамракулов, С. Б. ИСХОДЫ ГЕРПЕТИЧЕСКИХ КЕРАТОУВЕИТОВ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОМ «ОФТАЛЬМОФЕРОН» В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИММУННОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ // МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД ПО ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОРГАНОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ, (2021). 103.
13. Жалалова, Д. З. Метод комбинированного лечения диабетической ретинопатии // Врач-аспирант, (2009). 37(10), 864-868.
14. Жалалова, Д. З. Метод комбинированного лечения диабетической ретинопатии // Врач-аспирант, (2009). 37(10), 864-868.
15. Жалалова Д.З.Эндотелин -1 ва гомоцистеин даражасини артериал гипертензия фонида тўр пардв ўзгаришларида эндотелиал дисфункциянинг маркерлари сифатида текшириш // Биомедицина ва амалиет журнали, (2021) том 6 №5, 203-210
16. Жалалова Д.З. Мультикомпонентный подход к диагностике изменений сетчатки при артериальной гипертензии // Биология ва тиббиет муаммолари, (2021) № 5 (130),205-211
17. Жалалова Д.З. ОКТ-ангиография в оценке ретинальной и хореоретинальной микроциркуляции у пациентов с неосложненой артериальной гипертензией / Международный офтальмологческий конгресс IOC Uzbekistan, 2021 г, Ташкент,с 96
18. D. Jalalova, X. Raxmonov, F. Shernazarov РОЛЬ С–РЕАКТИВНОГО БЕЛКА В ПАТОГЕНЕЗЕ СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ // SAI. 2022. №D8. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/rol-s-reaktivnogo-belka-v-patogeneze-sosudistyh-zabolevaniy-organa-zreniya-u-bolnyh-arterialnoy-gipertenziey (дата обращения: 01.12.2022).
19. D. Jalalova, A. Axmedov, A. Kuryazov, F. Shernazarov СОЧЕТАННАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ И ГЛАЗНАЯ ПАТОЛОГИЯ // SAI. 2022. №D8. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/sochetannaya-stomatologicheskaya-i-glaznaya-patologiya (дата обращения: 01.12.2022).
20. Farrukh Shernazarov, Jalalova Dilfuza Zuhridinovna MICROCIRCULATION DISORDERS IN THE VASCULAR SYSTEM OF THE BULBAR CONJUNCTIVA IN THE INITIAL MANIFESTATIONS OF CEREBRAL BLOOD SUPPLY DEFICIENCY // SAI. 2022. №Special Issue 2. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/microcirculation-disorders-in-the-vascular-system-of-the-bulbar-conjunctiva-in-the-initial-manifestations-of-cerebral-blood-supply (дата обращения: 03.12.2022).

WORDLY KNOWLEDGE