

КП «Стоматологическая поликлиника № 2»

Год	2008	2009	2010 (9 мес.)
Количество изготовленных полных съемных протезов на верхнюю челюсть	28	119	116
Количество починки полных съемных зубных протезов верхней челюсти	15 (53,6%)	66 (55,5%)	45 (38,8%)

Полученные данные свидетельствуют, что в среднем 59,8 % полных съемных зубных протезов в течение трехлетнего эксплуатационного периода нуждаются в дополнительных вмешательствах со стороны врача-ортопеда или зубного техника. Починка и непрямая перебазировка являются полумерами, не устраняющими причины поломки данного протеза. Перерасход рабочего времени, затраты материалов и износ инструментария подтверждают актуальность поиска новых методов упрочнения акрилового базиса ПСПП.



УДК 616.314.17-008.1-056.24

А. А. Вишневская

ГУ «Институт стоматологии НАМН Украины»

**ЦИТОМОРФОМЕТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ
КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ
С ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗОНОТЕРАПИИ**

Цитоморфометрический метод (Григорьян А.С. с соавт., 1998) основан на изучении клеточных элементов цитограмм отпечатков с десны в области ее прикрепления к зубу и предназначен для оценки воспалительного и деструктивного процессов в пародонте.

Озонотерапия оказывает бактерицидное, вирусоцидное, фунгицидное, иммуномодулирующее, противовоспалительное воздействие на ткани полости рта.

Цель исследования. Изучить эффективность озонотерапии в комплексном лечении больных генерализованным пародонтитом I степени по результатам цитоморфометрии мазков-отпечатков из пародонтального кармана.

Материалы и методы исследования. Обследовано 24 больных ГП I степени, которые составили 2 группы: основная (n=14) и группа сравнения (n=10). Лечение всех больных включало механическое (ручной скейлинг) и ультразвуковое удаление зубных отложений, местную антимикробную и противовоспалительную терапию, кюретаж пародонтальных карманов зонспецифическими кюретами Грейси. Больным основной группы дополнительно, начиная со 2-го посещения, проводили локальное введение озона непосредственно в пародонтальный карман (зонд № 1, аппарат OzonyMed, Apoza Enterprise Co., Taiwan). Уровень мощности на озоногенераторе устанавливался в зависимости от посещения на показатели 3-6, время каждой лечебной процедуры в области одного зуба составляло 1 мин. Повторное проведение процедуры проводилось через 2-3 дня. Курс лечения составил 4-5 посещений.

Взятие материала для цитологического исследования проводили с помощью заготовленных резиновых клиньев, которые хранятся в чашках Петри, залитыми 70 % раствором этилового спирта. Перед взятием отпечатков клинья-мишени извлекали пинцетом из чашки Петри и высушивали струей сухого воздуха из воздушного пистолета.

У каждого обследованного получали 2 типа мазков-отпечатков, так как при введении клина-мишени в пародонтальный карман одна поверхность мишени касается зуба, а вторая – внутренней стенки кармана. Полученный цитологический материал переносили в виде отпечатков на предметное стекло, где отдельно размещали 2 типа отпечатков, а затем отвозили в лабораторию.

Отпечатки окрашивали и исследовали под микроскопом с использованием иммерсионной системы при различных увеличениях с помощью окуляров x10 (или x20) и объектива x40.

При исследовании цитологического материала анализировали качественные признаки и количественные показатели цитограмм. Подсчет клеток проводили в двух основных клеточных популяциях цитограмм: эпителиальной и соединительнотканной. Исследовали не меньше 3-5 полей зрения.

При подсчете эпителиальных клеток сначала определяли их число в поле зрения. Затем в том же поле зрения производили подсчет клеток с явными признаками цитопатологии и определяли относительный (к общему числу эпителиальных клеток) показатель содержания клеток с каждым из типов цитопатологии: базофилия цитоплазмы, дистрофические и некробиотические изменения (вакуолизация цитоплазмы, деструкция ядра), «фагирующие» клетки, X-клетки. Для клеток с указанными типами цитопатологии высчитывали средние относительные (в %) показатели, которые затем использовали для вычисления индекса деструкции (ИД).

Соединительнотканые клетки – лейкоциты, моноциты (отдельно сохранившие цитоплазму и голоядерные элементы), фибробласты (эндотелиоподобные клетки) – также подсчитывали в 3-5 полях зрения, фиксировали число клеток в абсолютных цифрах, а затем выводили средние показатели, которые использовали для вычисления воспалительно-деструктивного индекса (ВДИ).

Таким образом, индекс деструкции (ИД) отражает относительное содержание в эпителиальной популяции клеток с признаками цитопатологии, а воспалительно-деструктивный индекс (ВДИ) характеризует соотношение клеток, входящих в состав воспалительного инфильтрата на различных этапах его развития. В норме ИД составляет от 20 до 650 единиц, а ВДИ – от 0 до 20,0 единиц.

Результаты и их обсуждение. При проведении цитологического исследования выявлено, что после проведенного лечения процент целостности клеток увеличился (ИД с $25,0 \pm 2,5$ уменьшился до $16,3 \pm 5,0$) что может свидетельствовать о купировании воспалительного процесса и индукции регенерации тканей пародонта. В обеих группах больных до начала лечения состояние тканей ротовой полости было неудовлетворительным. Признаки различной степени воспаления десны и тканей пародонта отмечались у всех больных. У многих пациентов была плохая гигиена полости рта, при этом в мазках-отпечатках отмечалось повышение количества бактериального контаминирования как межклеточных пространств, так и интрацитоплазматического компонента клеточных структур. Во многих препаратах встречались клетки с выраженной вакуолизацией цитоплазмы ($22,0 \% \pm 9,8 \%$) и частичной, либо полной деструкцией ядра ($4,7 \% \pm 0,3 \%$). Типичным является появление в цитограммах крупных эпителиальных клеток с внутрицитоплазматическими включениями лейкоцитов ($296,7 \pm 153,9$) и моноцитов ($50,0 \pm 17,3$). В целом, описанные выше цитопатологические изменения являются следствием повреждающего эффекта воспалительного процесса в пародонте и свидетельствуют о возрастающей активности воспалительно процесса.

В основной группе больных уже после 2-3 процедуры применения озона отсутствовали жалобы на боль в деснах, значительно уменьшилась кровоточивость десен. Слизистая десны приобретала бледно-розовый цвет, отечность ее тканей отсутствовала. При изучении мазков-отпечатков отмечается резкое снижение в полях зрения цитологических картин воспалительно-деструктивного характера (ВДИ с $129,7 \pm 54,1$ уменьшился до $26,7 \pm 6,7$). Уменьшилось число клеток с вакуолизированной цитоплазмой (с $22,0 \% \pm 9,8 \%$ до $12,3 \% \pm 2,2 \%$), базофильно окрашенных частиц (с $48,3 \% \pm 2,8 \%$ до $39,0 \% \pm 1,0 \%$) и гранул микробного происхождения, расположенных преимущественно вне пределов эпителиальных клеток. Редко встречались «фагирующие» эпителиальные клетки. Отдельные лейкоциты и моноциты располагались преимущественно за пределами плоскоэпителиальных клеток. Эти признаки усиления репаративных процессов указывали на раннее начало активизации восстановительных процессов в тканях десны.

Выводы. После проведения курса лечения в обеих группах отмечена ремиссия. В основной группе отсутствовали признаки воспалительно-деструктивных процессов в тканях десны, выявляемые на цитограммах, количество клеток лейкоцитарного ($63,5 \pm 16,5$) и моноцитарного ($12,5 \pm 2,5$) ряда резко уменьшилось в полях зрения. Отдельные находки окрашенных бактериальных структур указывали только на их обычное присутствие в ротовой полости. Но, не смотря на клинические и пародонтологические показатели выздоровления, у больных в контрольной группе остаются цитологические изменения, указывающие на вялотекущий характер воспалительного процесса в десне (ВДИ $-117,3 \pm 33,2$ и ИД $-22,0 \pm 2,0$).



УДК 616-07-053+616.311

Е. В. Гарам, Е. Н. Стародубец, С. Н. Бурчак

КЗ «Городская стоматологическая поликлиника № 4» г. Днепрпетровск

ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Болезни слизистой оболочки полости рта (СОПР) разнообразны по этиологии, патогенезу и клиническим проявлениям. Отсюда представляется и сложность в их диагностировании, что является актуальным и не простым вопросом для практического врача-стоматолога. © Шарипов М. В., Шандиба С. I, Терешков Д. Ю., Чайкина О. М., 2012.

На основании нашего опыта предлагаем схему диагностики заболеваний СОПР, при которой гипотеза за-