

Уменьшение подвижности зубов в третьей возрастной группе исследуемых на 53,5 % непосредственно после лечения и на 27 % в отдаленные сроки соотносится с данными, полученными в других возрастных группах следующим образом:

- в молодом возрасте подвижность зубов непосредственно после лечения уменьшилась на 37,8 %, а в отдаленные сроки – на 23,2 %;

- в среднем возрасте подвижность зубов непосредственно после лечения уменьшилась на 54,4 %, а в отдаленные сроки – на 40,0 %.

Снижение амплитуды подвижности зубов у лиц старшего возраста непосредственно после лечения коррелирует с показателем второй группы, а в отдаленные сроки – с показателем первой возрастной группы (рис. 4).

ГП средней или тяжелой степени увеличивает этот показатель у лиц 20-39 лет в 2,4-2,6 раза, в 40-59 лет – в 2,2-3,1 раза, а после 60 лет – в 1,9 раза. Адекватное лечение снижает показатели подвижности зубов у лиц младшей возрастной группы в 1,4-1,5 раза, приводя их в состояние, относительно приближенное к норме (рис. 6.).

Подвижность клыка верхней челюсти после лечения ГП средней степени тяжести превысила показатель нормы всего на 18 %, а премоляра – на 14,7 %. У больных 40-59 лет комплексное лечение снизило показатели подвижности зубов в 1,7-1,8 раза, приводя их в состояние, относительно приближенное к норме.

Подвижность клыка верхней челюсти после лечения ГП средней степени тяжести превысила показатель нормы всего на 8,9 %, а резца – на 17,5 %. У больных старше 60 лет после лечения показатели подвижности зубов снизились в 1,87 раза. Подвижность клыка верхней челюсти после лечения ГП будет превышать норму на 20,4 %, а премоляра – на 22,8 %. В молодом возрасте после комплексной терапии подвижность зубов верхней челюсти снизилась в среднем на 40,9 %, но через полтора года повысилась на 16,1 %, не достигая первоначального показателя на 24,8 %. На нижней челюсти непосредственно после лечения подвижность снизилась на 34,6 %, однако через полтора года увеличилась на 13,9 %. По сравнению с исходными данными, отмечено уменьшение подвижности в отдаленные сроки на 20,7 %. Больным среднего возраста комплексная терапия снизила подвижность зубов верхней челюсти в среднем на 54,4 %, но через полтора года отмечено увеличение на 14,6 %. Первоначальный показатель уменьшен на 39,8 %. На нижней челюсти непосредственно после лечения подвижность уменьшилась на 54,5 %, однако через полтора года увеличилась на 14,3 %. По сравнению с исходными данными, отмечено уменьшение подвижности в отдаленные сроки на 40,2 %.

У больных возрастом старше 60 лет после комплексной терапии подвижность зубов верхней челюсти в среднем была снижена на 43,5 %, но через полтора года на 21,7 % повысилась, не достигнув первоначального показателя на 21,8 %. На нижней челюсти непосредственно после лечения подвижность уменьшилась на 40,3 %, однако через полтора года возросла на 19,9 %. По сравнению с исходными данными, отмечено уменьшение подвижности в отдаленные сроки

на 20,4 %. В первой возрастной группе больных подвижность зубов непосредственно после лечения снизилась на 37,8 %, а в отдаленные сроки – на 23,2 %; во второй возрастной группе – после лечения на 54,4 %, а в отдаленные сроки – на 40,0 %; в третьей возрастной группе – после лечения на 41,9 %, и на 21,1 % в отдаленные сроки. Снижение подвижности зубов и повышение их функциональной полноценности подтверждает эффективность проводимого лечебного комплекса и рационального протезирования.

Список литературы

1. Безрукова И. В. Агрессивные формы пародонтита. / И. В. Безрукова, А. И. Грудянов - М.: ООО «Медицинское информационное агентство». – 2002. – 127 с.
2. Дмитриевой Л. А. Современные аспекты клинической пародонтологии / Дмитриевой Л.А. - М. : МЕДпресс, – 2001 – 128 с.
3. Slavicek R. The Masticatory Organ. Functions and Disfunctions. Klosterneuburg, «GammaMed». – 2006. – P. 306-415.
4. Бутюгин И. А. Структура заболеваемости и состояния полости рта у “пожилых” пациентов. В сб.: Актуальные проблемы медицинской науки, технологий и профессионального образования: / И. А. Бутюгин, Е. П. Кокшарова // Материалы третьей уральской научно-практической конференции. – 2001 г. – С. 126-128.
5. Цепов Л. Н. Диагностика и лечение заболеваний пародонта / Л. Н. Цепов, А. И. Николаев. - М. : МЕДпресс - информ. – 2002. – 192 с.
6. Жулев Е. Н. Клиника, диагностика и ортопедическое лечение заболеваний пародонта / Жулев Е. Н. - Ниж. Новгород, «НГМА». – 2003. – С. 33.
7. Kleber B. M. Zur Häufigkeit und Pathogenese der lokalen periodontalen Recessionen // Stomatol. DDR. – 1990. – Bd. 40, N 2. – S.70-72.
8. Заксон М. Л. Ортопедическая геронто стоматология / Заксон М. Л., Пясецкий М. И., Козлюк В. И. - К.: «Здоров'я». – 1986. – 33.
9. Функціональний стан кісткової системи у хворих на генералізований пародонтит / [Г. Н. Вишняк, В. В. Поворознюк, І. П. Мазур та співавт.] // Збірник наукових праць співробітників КМАПО по закінчених та перехідних НДР за 1990-1996 рр., – 1997 г. – 118 с.
10. Jonasson G. Bone mass and trabecular pattern in the mandible as an indicator of skeletal osteopenia: a 10-year follow-up study. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. – Aug 2009. – V. 108, N 2. – P. 284-291.

Поступила 11.09.12



УДК 616-036.8.002.614+616-039.71(616-089.23):616.379-008.64

Т. И. Димчева

ГУ «Институт стоматологии НАМН Украины»

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ БОЛЬНЫХ ДИАБЕТОМ СЪЕМНЫМИ АКРИЛОВЫМИ ЗУБНЫМИ ПРОТЕЗАМИ

Разработан комплекс лечебно-профилактических мероприятий, снижающих влияние пластмассы на ткани протезного ложа, включающий прием препаратов антиоксидантного (Ресвератрол) и остеотропного (Кальцемин) действия, полоскания рта эликсиром «Экстравин» и антисеп-

тическим средством, смазывание СОПР в области протезного ложа маслом шиповника, антисептическую обработку протеза

Исследования показали, что комплекс способствовал стабилизации функциональной активности слюнных желез, препятствовал развитию острого воспаления под протезом, повышал факторы специфической и неспецифической резистентности полости рта, препятствовал раздражению слизистой протезного ложа, предупреждал обострение кандидоза СОПР.

Ключевые слова: больные диабетом, акриловые зубные протезы, лечебно-профилактический комплекс.

Т. І. Димчева

ДУ «Інститут стоматології НАМН України»

ЭФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОГО КОМПЛЕКСУ ПРИ ПРОТЕЗУВАННІ ХВОРИХ НА ДІАБЕТ ЗНІМНИМИ АКРИЛОВИМИ ЗУБНИМИ ПРОТЕЗАМИ

Розроблено комплекс лікувально-профілактичних заходів, що знижують вплив пластмаси на тканині протезного ложа, що включає прийом препаратів антиоксидантної (Ресвератрол) і остеотропної (Кальцемін) дії, полоскання рота еліксиром «Екстравін» і антисептичним засобом, змазування СОПР в ділянці протезного ложа маслом шиповника, антисептичну обробку протеза

Дослідження показали, що комплекс сприяв стабілізації функціональної активності слинних залоз, перешикодав розвитку гострого запалення під протезом, підвищував фактори специфічної й неспецифічної резистентності порожнини рота, перешикодав подразненню слизової протезного ложа, попереджав загострення кандидозу СОПР.

Ключові слова: хворі на діабет, акрилові зубні протези, лікувально-профілактичний комплекс.

T.I. Dimcheva

SE "The Institute of Dentistry of the NAMS of Ukraine"

THE EFFECTIVENESS OF THE USE OF TREATMENT AND PREVENTIVE COMPLEX AT PROSTHETICS WITH REMOVABLE ACRYLIC DENTURES OF PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

The complex of treatment and preventive measures, reducing the influence of plastic upon the tissues of prosthetic bed, including the taking of the preparation of antioxidant ("Resveratrol") and osteotropic ("Caltsemin") effect, rinsing of oral cavity with elixir "Extravin" and antiseptic preparation, blurring OMM at the area of prosthetic bed with rosehip oil, antiseptic treatment of the denture, was elaborated.

The studies have shown, that the complex favored the stabilization of the functional activity of salivary glands, prevented the development of acute inflammation under the denture, increased factors of specific and nonspecific resistance of oral cavity, impeded the irritation of mucous membrane of prosthetic bed, and prevented the exacerbation of OMM Candidose.

Key words: patients with diabetes mellitus, acrylic dentures, treatment and preventive complex.

Сахарный диабет – эндокринное заболевание, развивающееся вследствие относительного или абсолютного недостатка гормона инсулина или нарушения его взаимодействия с клетками организма, в результате чего развивается стойкое увеличение содержания сахара (глюкозы) в крови (гипергликемия) [1, 2].

Практически у всех больных диабетом обнаруживается стоматологическая патология, приводящая к ранней потере зубов [3]. Установлено, что в Украине до 90 % больных диабетом нуждается в ортопедическом лечении [4]

Однако стоматологическая ортопедическая реабилитация больных диабетом составляет значительные трудности из-за ряда патологических проявлений в полости рта: сниженной стойкости капиллярных сосудов полости рта, прогрессирующей атрофии альвеолярного отростка, повышенной болевой чувствительности слизистой оболочки полости рта, разлитого воспаления СОПР, особенно при сухости слизистой оболочки протезного ложа [5-7]

Исходя из ранее проведенных нами исследований, наиболее неблагоприятное влияние на ткани протезного ложа оказывают акриловые зубные протезы, но вместе с тем, протезирование больных диабетом с использованием акриловых пластмасс наиболее распространено [8]

Цель исследования. Разработка комплекса лечебно-профилактических мероприятий, снижающих влияние пластмассы на ткани протезного ложа.

Для этого необходимо обеспечить превентивное лечение СОПР и дальнейшие профилактические мероприятия по нейтрализации действия мономера.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 20 человек, страдающие диабетом 2 типа: 10 – в группе сравнения, 10 – основной. Всем им были изготовлены съёмные зубные протезы с использованием акриловых пластмасс. 11 пациентам – частичные, 9 – полные.

Перед началом лечения у всех пациентов в течение нескольких дней исследовали содержание сахара в крови до полной его стабилизации (до нормальных значений).

Пациенты были разделены на 2 группы: основная и сравнения. В основной группе назначался лечебно-профилактический комплекс, в группе сравнения предлагались общепринятые мероприятия, в том числе и обработка протеза в этаноле для уменьшения концентрации метилметакрилата.

Разработанный нами лечебно-профилактический комплекс для больных диабетом основной группы применялся в 2 этапа: до протезирования и после протезирования.

На 1-м этапе в течение 2-х недель было рекомендовано принимать препараты антиоксидантного и остеотропного действия, а именно, ресвератрол, являющийся мощным антиоксидантом и фитоэстрогеном, и кальцимин, включающий биодоступные формы кальция.

После протезирования пациенты продолжали принимать ресвератрол и кальцемин. 3 раза в день назначались полоскания рта: 2 раза - эликсиром «Экстравин», 1 раз - антисептическим средством. Маслом шиповника смазывали СОПР в области протезного

ложа. Протез периодически обрабатывали антисептическими таблетками.

После протезирования пациенты приглашались для коррекции протеза в случае наличия жалоб на невозможность пользования протезом по разным причинам.

После протезирования пациенты приглашались для плановых исследований через 1 неделю и 1 месяц. Для оценки эффективности предложенного комплекса были изучены ряд показателей, характеризующих состояние протезного ложа и гомеостаз полости рта.

Кроме того, пациенты посещали врача для коррекции протеза в случае наличия жалоб на невозможность пользования протезом по разным причинам.

Перед протезированием у всех пациентов изучали ряд показателей, отражающих основные позиции, при изменении которых наличие протеза может усу-

губить патологическую ситуацию в полости рта, а именно, состояние СОПР, функцию слюнных желез, естественных защитных механизмов (активность лизоцима, содержание иммуноглобулинов, эмиграцию лейкоцитов и интенсивность слущивания эпителиальных клеток), показатели острого (активность эластазы) и хронического (проба Шиллера-Писарева) воспаления. Исследование ротовых смывов на содержание лейкоцитов проводили только у лиц с частичной адентией.

Использованные методы исследования: определение скорости саливации [9], пробы Шиллера-Писарева [10], пробы Ясиновского [11], активности лизоцима [12], активности эластазы [13], интенсивности роста *Candida albicans* [14].

Результаты исследований и их обсуждение. Результаты исследований представлены в табл.

Таблица

Динамика изменения показателей состояния СОПР у больных диабетом под влиянием применения акриловых зубных протезов (M±m)

Группа пациентов	До протезирования	Через неделю после протезирования	Через 1 мес. после протезирования
Скорость слюноотделения (мл/мин)			
Сравнения	0,27±0,03	0,35±0,02 P<0,05	0,19±0,02 P<0,05
Основная	0,25±0,04	0,31±0,05P>0,05	0,28±0,03 P>0,05
Проба Шиллера-Писарева (баллы)			
Сравнения	1,85±0, 19	2,45±0, 24P<0,05	2,35±0, 25 P>0,05
Основная	1,75±0, 19	1,95±0, 21 P>0,05	1,88±0, 19 P>0,05
Активность эластазы (мл-кат/мг)			
Сравнения	-	-	1,32±0,09
Основная	-	-	1,21±0,08 P ₁ >0,05
Кол-во лейкоцитов в 1 мл ротового смыва (в тыс.)			
Сравнения	382,7 ± 35,1	650,9 ± 51,8 P< 0,001	477,9 ± 42,3 P>0,05
Основная	432,3 ± 41,1	387,2 ± 33,7 P>0,05	415,38 ± 42,2 P>0,05
Активность лизоцима (г/мл)			
Сравнения	-	-	0,011±0,004
Основная	-	-	0,020±0,003 P ₁ >0,05
Содержание SIgA (г/л)			
Сравнения	0,39±0,05	-	0,32±0,05 P>0,05
Основная	0,30±0,06	-	0,44±0,05 P<0,05
Кол-во эпителиальных клеток в 1 мл ротового смыва (в тыс.)			
Сравнения	28,4 ± 2,4	37,5 ± 3,3 P< 0,05	35,8 ± 3,1 P>0,05
Основная	29,4 ± 2,7	32,1 ± 2,5 P>0,05	28,8 ± 2,9 P>0,05
Обсемененность СОПР <i>Candida albicans</i> (КОЕ/тампон)			
Сравнения	794±72	-	1505±262 P< 0,001
Основная	926±98	-	880±95 P>0,05

Примечание: достоверность отличий – P – рассчитана по отношению к исходному уровню (до протезирования); P₁ - по отношению к данным, зафиксированным в группе сравнения.

Скорость слюноотделения через 1 неделю после протезирования увеличилась в обеих группах, однако, до уровня достоверности отличий по сравнению с исходным уровнем - только у пациентов группы сравнения. Через 1 месяц у последних было зафиксировано значительное уменьшение скорости слюноотделения по сравнению с исходным уровнем. В основной группе уровень саливации существенно не изменился.

Проба Шиллера-Писарева, изученная у больных диабетом через 1 неделю после протезирования, показала, что у лиц группы сравнения интенсивность хро-

нического воспаления увеличилась на 32 % (отличительные данные достоверны по сравнению с исходным уровнем). Практически такое же состояние слизистой наблюдалось и спустя полгода после протезирования. В основной группе показатели пробы Шиллера-Писарева на всех этапах исследования не превышали уровень средней активности воспалительного процесса.

У лиц группы сравнения изменилась также и активность эластазы в сторону увеличения. Ее активность через 1 месяц после протезирования была выше

показателей основной группы на 8 %. Следовательно у больных диабетом группы сравнения присутствовали не только признаки хронического воспаления (проба Шиллера-Писарева), но и острого воспаления.

Содержание лейкоцитов в ротовой полости (через 1 неделю после протезирования в группе сравнения увеличилось, в основной же группе – нет. Через месяц после протезирования у лиц, не принимающих лечебно-профилактического комплекса, миграция лейкоцитов в полости рта, хотя и уменьшилась по отношению к исходным данным, но все еще была высокой. У пациентов, получавших лечебно-профилактический комплекс, миграция лейкоцитов не превышала первоначальных данных.

Активность фермента лизоцима – важнейшего показателя антимикробной защиты – через месяц после протезирования в основной была почти в 2 раза выше, нежели в группе сравнения, что указывает на активизацию неспецифической защиты полости рта.

Изучение состояния местного гуморального иммунитета показало, что до лечения уровень SIgA был низкий как в основной группе, так и в группе сравнения. Через неделю после протезирования в группе сравнения это показатель уменьшился, однако отличительные данные по отношению к исходному уровню достоверны. У пациентов основной группы SIgA ротовой жидкости увеличился, что превысило исходные данные почти в 1,5 раза.

Что касается эпителиальных клеток, то их количество в ротовых смывах значительно увеличивается только у пациентов группы сравнения. Причем через неделю после протезирования полученные результаты достоверно отличаются от исходного уровня. Это свидетельствует о том, что слизистая оболочка полости рта реагирует на раздражение усилением слущивания поверхностных слоев эпителия.

У пациентов основной группы на первых этапах (через неделю) наблюдалось незначительное увеличение интенсивности слущивания эпителия, но через месяц количество эпителиальных клеток в ротовых смывах было на уровне первоначальных данных.

Обсемененность СОПР *Candida albicans* свыше 500 КОЕ на соскоб наблюдалось практически у 100 % случаев, что свидетельствовало об избыточном росте колоний Кандида. Как известно, рост Кандида более 500 тысяч на соскоб с исследуемого объекта ротовой полости расценивается как проявления кандидоза.

Полученные результаты в обеих группах указывали на хроническое течение кандидоза СОПР начальная степень.

Через месяц после протезирования уже у всех пациентов группы сравнения высевалось более 500 КОЕ на соскоб, при этом у двоих человек количество колоний увеличилось до 3000 КОЕ, что указывало на утяжеление кандидоза до 1-й -2-й степени тяжести

Таким образом, предложенный лечебно-профилактический комплекс для применения при ортопедическом лечении больных диабетом с использованием съемных акриловых зубных протезов, рассчитанный на 1 месяц (2 недели до протезирования и 2 недели после протезирования) способствовал стабилизации функциональной активности слюнных желез, препятствовал развитию острого воспаления под протезом,

повышал факторы специфической и неспецифической резистентности полости рта, препятствовал раздражению слизистой протезного ложа, предупреждал обострение кандидоза СОПР.

Список литературы

1. **Смолянский Б. А.** Сахарный диабет / Б. А. Смолянский, В. Г. Лифляндский. - Москва: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2009. - 212 с.
2. **Raz Itamar.** Introduction to the Second World Congress on Controversies to Consensus in Diabetes, Obesity and Hypertension (CODHy): Dilemmas in clinical practice / Itamar Raz // *Diabetes Care* November. - 2009. - Vol. 32. - P.S149-S160
3. **Diabetes mellitus: biochemical, histological and microbiological aspects in periodontal disease / Marigo L., Cerreto R., Giuliani M. [et al.] // Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci.** - 2011. - Vol.15, № 7. - P.751-758. Review.
4. **Сухоликий В. М.** Ортопедичне лікування хворих із дефектами зубних рядів у хворих на цукровий діабет / В. М. Сухоликий, З. Р. Ожоган // *Вісник стоматології.* -2008. - № 1. - С. 106-107.
5. **Современные аспекты патогенеза пародонтита у больных сахарным диабетом / К. Р. Григорян, Г. М. Барер, К. Р. Григорян [и др.] // Сахарный диабет.** -2006. - №2. - С.64-69
6. **Кандидоз у больных с эндокринными заболеваниями / [Сokolova Г.А., Антонов В. Б., Романюк Ф. П. и др.]. - СПб: СПб МА-ЛЮ, 1998 - 46 с.**
7. **Реактивно-дистрофические процессы слюнных желез (сиалоаденозы), протекающие на фоне метаболического синдрома / В. В. Афанасьев, Р. И. Стрюк, С. Э. Арутюнян [и др.] // Стоматология.** - 2011. - №4. - С. 65-68.
8. **Димчева Т. И.** Сравнительное изучение эффективности стоматологического ортопедического лечения больных диабетом с использованием разных конструктивных материалов и видов протезирования / Т. И. Димчева // *Вестник стоматологии.* -2012. - № 3. - С. 87-90.
9. **Леонтьев В. К.** Биохимические методы исследования в клинической и экспериментальной стоматологии / Методическое пособие / Леонтьев В. К., Петрович Ю. А. – Омск, 1976. – 95 с.
10. **Иванов В. С.** Заболевания пародонта. – 3-е изд., перераб. и доп./ В. С. Иванов– М.: Мед. информ. агентство, 1998. – 296 с.
11. **Сукманский О. И.** Метод дифференциальной оценки эмиграции лейкоцитов в полости рта / О. И. Сукманский, Р. Д. Барабаш, З. В. Березовская // *Патол. физиол. и эксперим. терапия.* – 1980. – Вып. 5. – С. 76-77.
12. **Gorin G.** Assay lysozyme by lysis action of M.Lysodektions cells/ G.Gorin, S.F.Wand, L. Papapavion. // *Annol.Biochem.*-1971.- Vol.39, N 1. - P.113-137.
13. **Гири С. В.** Модификация метода определения активности каталазы в биохимических субстратах / С. В. Гири // *Лабораторная диагностика.* – 1999. – № 4. – С. 45-46.
14. **Candida.** Кандидозы. Лабораторная диагностика / [Елинов Н. П., Васильева Н. В., Степанова А. А., Чилина Г. А.] - СПб, 2010. - 208 с.

Поступила 01.10.12

