

Дорошенко О.М.

СТУПІНЬ ДИСБІОЗУ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ ПРИ ТРАВМАТИЧНИХ УРАЖЕННЯХ КРАЙОВОГО ПАРОДОНТА, ЩО ВИНИКАЮТЬ В РЕЗУЛЬТАТІ ПРОТЕЗУВАННЯ НЕЗНІМНИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ

Інститут стоматології НМАПО імені П.Л.Шупика

Резюме. У хворих, що потребують виготовлення незнімних зубних протезів, відмічається дисбактеріоз ротової порожнини. Наявність травми крайового пародонту в процесі виготовлення ортопедичних конструкцій сприяє розвитку запально-деструктивних змін у пародонті та збільшенню ступеня дисбактеріозу. Ортопедичне лікування не усуває дисбіотичних змін в порожнині рота, для нормалізації яких необхідне застосування допоміжних лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: незнімні зубні протези, дисбактеріоз.

Вступ

Одним із найпоширеніших методів усунення дефектів зубів і зубних рядів є ортопедичне лікування незнімними конструкціями зубних протезів. Сучасним естетичним, гігієнічним та технічним вимогам найбільше відповідають суцільнолиті комбіновані металокерамічні конструкції зубних протезів [1,3,7].

Але, незважаючи на низку переваг, накопичено цілий ряд фактів, які свідчать про те, що при використанні таких конструкцій зубних протезів можливе виникнення ускладнень від 2,5 до 11,7% [3,7,8].

До типових ускладнень в процесі ортопедичного лікування суцільнолитими незнімними комбінованими конструкціями зубних протезів слід віднести травму ясеневого краю опорних зубів та ясеневих сосочків. Остання може бути не тільки наслідком безпосередньої дії протеза, а і результатом лікарських маніпуляцій на різних клінічних етапах виготовлення протеза: препарування опорних зубів, ретракцією ясен, отриманням відбитків, накладанням та зняттям тимчасових коронок, фіксацією в порожнині рота протезів тимчасовими фіксуючими матеріалами [9]. Відновлення дефектів зубів і зубних рядів суцільнолитими комбінованими конструкціями зубних протезів нерідко негативно впливає на стан крайового пародонту, особливо при його патології [2].

Дослідженнями різних авторів доказано, що у осіб, які потребують ортопедичного лікування, в порожнині рота спостерігається порушення фізіологічної мікробної систе-

ми [4,5,10]. Порушення мікробної рівноваги в порожнині рота та дія несприятливих факторів під час ортопедичного втручання являються однією з причин виникнення гострих запально-деструктивних змін в крайовому пародонті.

Тому метою наших досліджень стало вивчення стану дисбактеріозу ротової порожнини при травматичному ураженні крайового пародонту в процесі ортопедичного лікування незнімними конструкціями зубних протезів.

Матеріал та методи досліджень

Під нашим наглядом знаходились 34 хворих віком від 40 до 60 років, яким були виготовлені незнімні конструкції зубних протезів. 15 осіб без вираженої соматичної та стоматологічної патології, які не потребували ортопедичного лікування, склали контрольну групу. У хворих, яким виготовлялися незнімні конструкції зубних протезів, досліджували нестимульовану слину до протезування та через 7 і 30 днів після проведеного ортопедичного втручання. Хворі були розділені на 2 ідентичні групи, які підбиралися з урахуванням максимально подібних умов протезування. До першої групи увійшли хворі (17 осіб), у яких під час ортопедичного лікування у крайовому пародонті не було виявлено ніяких патологічних змін. До другої групи віднесли 17 хворих, у яких під час ортопедичного лікування незнімними комбінованими конструкціями зубних протезів виникли запальні зміни в крайовому пародонті. У цих хворих у 80% випадків було виявлене загострення генералізованого пародонтиту.

Визначення ступеню дисбіозу ротової порожнини проводили ферментативним методом [6], в основу якого покладено співвідношення показника антимікробних систем організму (лізоциму) з мікроорганізмами порожнини рота (уреази), яка синтезується переважною більшістю умовно-патогенних та патогенних мікроорганізмів ротової порожнини, за формулою: $СД = \frac{У}{Л}$ відн./Л відн., де $у$ – відносна активність уреаз, $Л$ – відносна активність лізоциму. Показник відносної активності уреаз вказує на ступінь мікробного обсіменіння ротової порожнини, відносної активності лізоциму – на стан її протимікробного захисту. В нормі показник ступеня дисбіозу дорівнює 1.

Результати дослідження та їх обговорення

При визначенні вмісту лізоциму в ротовій рідині до ортопедичного лікування спостерігається достовірне його зменшення, що вказує на зниження неспецифічної імунологічної реактивності слизової оболонки ротової порожнини. В той же час активність уреаз різко збільшувалася, що вказує на підвищення мікробного обсіменіння ротової порожнини. На рис.1. представлені значення дисбіозу ротової порожнини до протезування та через 7 та 30 днів після виготовлення незнімних конструкцій зубних протезів і фіксації їх в порожнині рота.

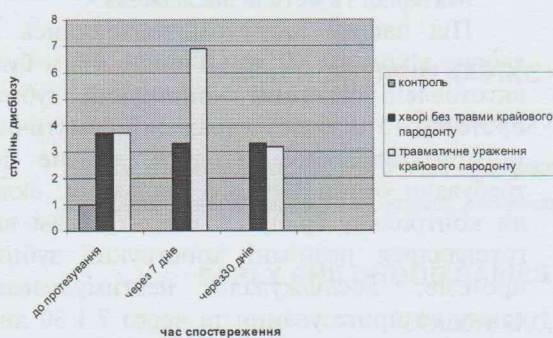


Рис.1. Значення дисбіозу ротової порожнини під час виготовлення незнімних конструкцій зубних протезів.

Ступінь дисбіозу ротової порожнини у осіб, що потребували ортопедичного лікування, становив $3,7 \pm 0,42$, що в порівнянні з групою здорових осіб вище у 3,7 рази.

Через 7 днів після ортопедичного втручання у хворих першої групи відмічалася тенденція до зниження рівня лізоциму в слині у порівнянні з вихідним. Знижувався

показник активності уреаз, але він у 2,5 рази перевищував відповідний показник у здорових осіб. Внаслідок цього ступінь дисбіозу ротової порожнини знаходився на достатньо високому рівні і становив $3,3 \pm 0,4$.

Через 30 днів після протезування незнімними комбінованими зубними протезами у хворих першої групи рівень активності лізоциму продовжував знижуватися незначно. Ступінь дисбіозу залишався майже на тому ж рівні, що і через 7 днів ($3,33 \pm 0,2$).

У хворих другої групи через 7 днів після ортопедичного втручання рівень лізоциму різко знижувався у порівнянні з вихідним рівнем у 2,1 рази, в той час як рівень уреаз зменшувався лише у 1,4 рази. Ступінь дисбіозу становив $6,9 \pm 1,4$. Через 30 днів після протезування відмічалось підвищення рівня лізоциму слини у порівнянні з сьомим днем, але активність уреаз знизилась незначно. Ступінь дисбіозу у порівнянні з вихідним рівнем зменшився незначно і склав $3,2 \pm 0,3$.

Таким чином, ортопедичне лікування дефектів зубів і зубних рядів незнімними комбінованими конструкціями зубних протезів не усуває дисбіотичних змін в порожнині рота. При наявності запальних змін в крайовому пародонті ступінь дисбіозу значно підвищується в перші 7 днів після протезування. Це диктує необхідність застосування допоміжних лікувально-профілактичних заходів для нормалізації патологічних змін.

Висновки

1. У хворих, які мають потребу в ортопедичному лікуванні дефектів зубів і зубних рядів незнімними комбінованими конструкціями зубних протезів, в ротовій рідині відмічається значне зниження рівня лізоциму із одночасним збільшенням рівня уреаз, що приводить до розвитку дисбактеріозу в ротовій порожнині та можливості виникнення запально-деструктивних змін в крайовому пародонті.

2. Наявність запального процесу в крайовому пародонті сприяє підвищенню ступеню дисбактеріозу в перші 7 днів після протезування.

3. Ортопедичне лікування незнімними комбінованими конструкціями зубних протезів не усуває дисбіотичних змін в порожнині рота та потребує застосування допоміжних лікувально-профілактичних заходів для нормалізації останніх.

СТЕПЕНЬ ДИСБІОЗА РОТОВОЇ ПОЛОСТИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ КРАЕВОГО ПАРОДОНТА, ВОЗНИКАЮЩИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ НЕСЪЕМНЫМИ КОНСТРУКЦИЯМИ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ

О.М. Дорошенко

Резюме. У больных, нуждающихся в изготовлении несъемных зубных протезов, отмечается дисбактериоз полости рта. Наличие травмы краевого пародонта в процессе изготовления ортопедических конструкций способствует развитию воспалительно-дистрофических изменений в пародонте и усилению степени дисбактериоза. Ортопедическое лечение не устраняет дисбиотических изменений в полости рта, для нормализации которых необходимо использование лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: несъемные зубные протезы, дисбактериоз.

THE LEVEL OF ORAL DISBIOSIS DURING TRAUMATIC LESIONS OF MARGINAL GINGIVA AS THE RESULT OF USING FIXED CONSTRUCTIONS OF DENTAL PROSTHESES

O.M. Doroshenko

Summary. Oral disbiosis is observed in patients requiring using of fixed dental prostheses. The trauma of marginal gingiva during manufacturing of orthopedic constructions leads to developing of inflammatory-destructive lesions in gingiva and increasing of disbiosis level. Prosthetic treatment doesn't eliminate disbiotic lesions of oral cavity that need using helping curing and preventive means for their normalization.

Keywords: fixed dental prostheses, disbiosis.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Неспрядько В.П., Скібіцький В.С. Поширеність та характер ускладнень після препарування твердих тканин зубів під незнімні суцільнолітні конструкції // Матеріали III (X) з'їзду АСУ, 2008. – С.416-417.
2. Неспрядько В.П., Жегулович З.Е. Реакция маргинального пародонта при препаровке Зубов под фарфорове коронки. – К., 1991.
3. Біда В.І., Омеляненко О.А., Кочкіна Н.А. Досвід заміщення дефектів зубних рядів при захворюванні тканин пародонта зубними протезами, виготовленими із термопластичного матеріалу «Ацетал» на основі поліоксиметилену // дентальні технології. – 2009. – №4 (43). – С.34-37.
4. Романова Ю.Г., Рожкова Н.В., Рассаханова Л.Н. Влияние зубного эликсера «Биодент - 4» на состояние полости рта у пациентов со съемным протезированием // Вісник стоматології. – 2010. – С.46-48.
5. Дорошенко О.М. Стан дисбіозу ротової порожнини в період адаптації до знімних пластинкових протезів, базис яких виготовлений із акрилових пластмас // Зб. наук. праць співробітників КМАПО ім. П.Л.Шупика. – К., 2008. – С.277-280.
6. Левицький А.П., Макаренко О.А., Селиванская И.А. и др.. Ферментативний метод определения дисбиоза полости рта для скрининга про- и пребиотиков // Методические рекомендации. – К., 2007. – 2с.
7. Арндарюк В.М. Клініко-експериментальне обґрунтування збереження вітальності пульпи при застосуванні незнімних конструкцій зубних протезів // Дис. ... к.мед.н., Полтава, 2001. – 123с.
8. Арутюнов С.Д. Профилактика осложнений при применении металлокерамических протезов // Автореф. дис. ... к.мед.н., М., 1990 – 18с.
9. Трезубов В.Н., Аль Хадж Клиническая и микробиологическая картина протетических краевых пародонтитов // Панорама ортопедической стоматологии. – 2001. - №1. _ С.44-46.
10. Громов В.О., Рожкова Н.В., Кнава О.Э. Развитие дисбиозов полости рта при различных видах зубного протезирования // Вісник стоматології. – 2008. - №1. – С.11-12.
11. Сапронова О.Н., Кусевецкий А.Я. Факторы травмирования десневого края опорных Зубов на ранних этапах протезирования несъемными конструкциями зубных протезов // Стоматология. – 2008. = №2. – С.80-82.