

ОПТИМИЗАЦИЯ АДАПТАЦИИ К СЪЕМНЫМ ПЛАСТИНОЧНЫМ ПРОТЕЗАМ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Т. Ф. Данилина, Т. А. Китаева, Б. Б. Сысоев, А. Н. Голубев, Н. М. Ахмедов

*Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний*

В статье приводятся результаты применения разработанного комплексного препарата на основе бишофита в комбинации с аквакомплексом глицеросольвата титана на процесс адаптации к съемным пластиночным протезам у лиц пожилого возраста. Местное применение разработанного препарата сокращает сроки адаптации к съемным пластиночным протезам.

Ключевые слова: бишофит, адаптация, съемные пластиночные протезы.

OPTIMIZATION OF ADAPTATION TO REMOVABLE PLATE PROSTHESES IN ELDERLY PATIENTS

T. F. Danilina, T. A. Kitaeva, B. B. Sysuev, A. N. Golubev, N. M. Akhmedov

The article presents the results of the study of the effects of a complex agent based on bischofite in combination with titanium glycerosolvate aquacomplex on the adaptation to removable plate prostheses in the elderly patients. Topical application of the developed drug reduces the terms of adaption to removable plate protheses.

Key words: bischofite, adaptation, removable plate protheses.

Статистика последних лет показывает, что пациенты преклонного возраста составляют довольно большой и постоянно растущий сегмент на рынке зубоортопедической помощи. Противоречия между сложностью старения и упрощенностью подходов к его изучению — основное противоречие современной геронтологии, науки о пожилых людях [1, 3, 6].

Потребность в протезировании дефектов зубных рядов съемными протезами у пациентов после 50 лет достигает 56 %, в то же время у лиц более молодого возраста (от 40 до 50 лет) съемные протезы применяются также достаточно часто (от 15 до 20 %) [5, 7].

Ортопедическое стоматологическое лечение не только является местным вмешательством, но и воздействует на организм человека в целом. При этом одной из главных проблем, привлекающих пристальное внимание авторов, является адаптация пациента к изготовленной ортопедической конструкции [2, 5].

При пользовании съемными протезами часто возникают нарушения воспалительного характера, приводящие впоследствии к стойким морфологическим и функциональным нарушениям тканей протезного ложа [4].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Сокращение сроков адаптации к съемным пластиночным протезам пациентов пожилого возраста с помощью комплексного препарата — бишофита в комбинации с аквакомплексом глицеросольвата титана.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследовании приняли участие 60 человек, 30 из которых были в основной группе (с применением препарата), 30 — в контрольной группе (без применения препарата). Пациентам были изготовлено 87 съем-

ных пластиночных протезов с кламмерной системой фиксации. Клиническое обследование пациентов проводили до протезирования и в динамике после наложения частичных съемных пластиночных протезов: на первые, седьмые и 30-е сутки после наложения протезов.

В ходе лечения пациенты основной группы применяли комплексный препарат — бишофит в комбинации с аквакомплексом глицеросольвата титана самостоятельно, а виде аппликаций на область протезного ложа 3 раза в сутки с целью лечения слизистой оболочки.

Проведенные предварительные научные исследования препаратов бишофит и тизоль показали их высокую эффективность. Тизоль и его лекарственные композиции эффективно используются в медицинской технологии комплексной терапии воспалительных заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта. Препарат бишофит оказывает противовоспалительное, антибактериальное, иммуностимулирующее действие, улучшает периферическую микроциркуляцию. Комбинация бишофита и тизоля является эффективной, так как под их воздействием уменьшается степень воспалительного процесса, повышается уровень микроциркуляции и метаболизма слизистой протезного ложа, повышается уровень местного иммунитета полости рта, что способствует сокращению сроков адаптации к съемным пластиночным протезам пациентов пожилого возраста. Препарат соответствует современным требованиям международного стандарта GMP и отвечает требованиям национальной фармакопеи.

В контрольной группе пациентов применяли традиционные средства терапии в соответствии с рекомендованными стандартами.

При обследовании пациентов с частичной потерей зубов до наложения частичных съемных протезов

изучали клинико-анатомические условия для протезирования, классификацию дефектов зубных рядов по Кеннеди, тип саливации, характеристику слизистой оболочки протезного ложа наличие заболеваний пародонта, состояние гигиены полости рта.

В процессе адаптации к частичным съемным протезам клиническое состояние слизистой оболочки протезного ложа оценивали по наличию жалоб пациента, а также с помощью объективных методов: визуального осмотра, методик окрашивания (проба Шиллера-Писарева). Изучали характер патологических элементов на слизистой оболочке протезного ложа, сроки их появления после наложения частичных съемных пластиночных протезов, длительность проявлений, сроки эпителизации.

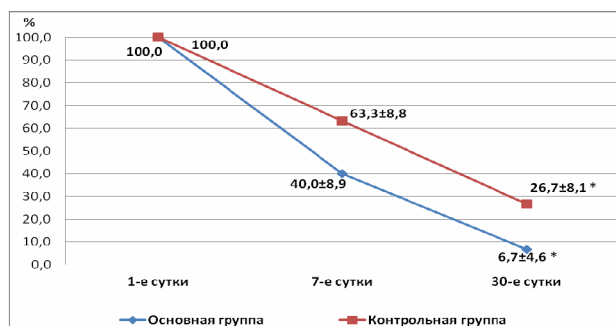
Статистическая обработка данных проводилась с применением модуля «Анализ данных» программы Microsoft Excel, а также статистических функций программы.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

После протезирования пациенты, разделенные на основную и контрольную группы (30 с применением препарата, 30 без применения препарата), предъявляли сходные клинические жалобы: боль при пользовании протезом, боль при приеме пищи, ощущение инородного тела, «образование язв в полости рта», «натирание слизистой оболочки протезом» и др.

В первые сутки после наложения протеза жалобы предъявляли все пациенты основной и контрольной групп (рис. 1). Но на седьмые сутки после протезирования количество больных, предъявляющих жалобы, изменилось — до 40,0 % пациентов основной группы и 63,3 % пациентов контрольной группы. При дальнейшем сборе анамнеза была выявлена четкая тенденция к уменьшению субъективных ощущений. У пациентов основной группы на 30-е сутки жалобы зарегистрированы только у 6,7 % обследованных, в то время как 26,7 % обследованных контрольной группы продолжали предъявлять жалобы, и различия являлись статистически достоверными. Таким образом, у пациентов основной группы наблюдалась положительная динамика

и заметное снижение жалоб уже спустя 7 суток пользования протезом на фоне применения препарата.



*Различия достоверны для сравнения между основной и контрольной группой при уровне значимости $p < 0,05$.

Рис. 1. Динамика показателя жалоб пациентов после наложения протеза

После протезирования определяли характер патологических элементов на слизистой оболочке протезного ложа, время их появления, длительность, сроки исчезновения и эпителизации (табл. 1).

На первые сутки после наложения протезов у 43,3 % пациентов основной группы наблюдали разлитую гиперемию слизистой оболочки протезного ложа, у 53,3 % — очаговую гиперемию, 3,3 % — травматическую эрозию. При дальнейшем наблюдении на седьмые сутки после наложения протезов отмечались изменения указанных показателей. Так, разлитая гиперемия наблюдалась у 26,7 % обследованных, очаговая гиперемия — у 36,7 %, наличие травматической эрозии было зарегистрировано у 3,3 %. Травматические язвы не зарегистрированы.

На 30-е сутки после наложения протезов число пациентов в изучаемых группах, имеющих воспалительные изменения слизистой оболочки протезного ложа, заметно уменьшилось: разлитую гиперемию, травматических эрозий и язв не наблюдали. Важно отметить, что показатель числа пациентов с очаговой гиперемией в основной группе составил 13,3 %, что достоверно ниже этого показателя в контрольной группе (33,3 %).

Таблица 1

Показатели состояния слизистой оболочки полости рта после наложения протеза

Обследованные пациенты	Период наблюдения	Показатели состояния слизистой оболочки в % от числа обследованных				
		очаговая гиперемия	разлитая гиперемия	травматические эрозии	травматические язвы	без особенностей
Основная группа	1-е сутки	53,3 ± 9,1 [#]	43,3 ± 9,0 [#]	3,3 ± 3,3	0,0 ± 0,0	0,0 ± 0,0 ^Δ [#]
	7-е сутки	36,7 ± 8,8 ^Δ [#]	26,7 ± 8,1 ^Δ [#]	3,3 ± 3,3	0,0 ± 0,0	36,7 ± 8,8 ^Δ [#]
	30-е сутки	13,3 ± 6,2 [*] [#]	0,0 ± 0,0 ^Δ [#]	0,0 ± 0,0	0,0 ± 0,0	86,7 ± 6,2 [*] ^Δ [#]
Контрольная группа	1-е сутки	60,0 ± 8,9	30,0 ± 8,4	10,0 ± 5,5	0,0 ± 0,0	6,7 ± 4,6
	7-е сутки	53,3 ± 9,1	23,3 ± 7,7	3,3 ± 3,3	0,0 ± 0,0	20,0 ± 7,3 ^Δ [#]
	30-е сутки	33,3 ± 8,6 [*] [#]	10,0 ± 5,5 [#]	0,0 ± 0,0	0,0 ± 0,0	56,7 ± 9,0 [*] ^Δ [#]

При уровне значимости $p < 0,05$ различия достоверны для сравнения между: *основной и контрольной группой; ^Δ1-ми и 7-ми сутками наблюдения; ^Δ1-ми и 30-ми сутками наблюдения; [#]7-ми и 30-ми сутками наблюдения.

У пациентов контрольной группы на первые сутки обследования зарегистрировано значительное количество патологических элементов, сопровождающихся нарушением целостности эпителиального покрова слизистой оболочки полости рта. Так, травматические эрозии обнаружены у 10 % пациентов, что превышает аналогичные результаты основной группы.

На 7-е сутки наблюдений отметили незначительную положительную динамику, снизилось количество пациентов основной и контрольной групп, имеющих патологические изменения слизистой оболочки протезного ложа без нарушения целостности эпителиального покрова: разлитая гиперемия обнаружена у 26,7 %, а очаговая у 36,7 % обследованных основной группы, 23,3 и 53,3 % соответственно в контрольной группе, что существенно ниже этих показателей в 1-е сутки.

Количество пациентов основной группы, имеющих травматические эрозии на 7-е сутки, осталось неизменным по сравнению с исследованием на первые сутки после протезирования, но в опытной группе этот показатель был ниже, чем в контрольной группе. На 30-е сутки после протезирования наблюдалась положительная динамика уменьшения количества па-

циентов в обеих группах, имеющих патологические изменения слизистой оболочки. Травматических поражений, сопровождающихся нарушением целостности эпителия слизистой оболочки полости рта в эти сроки, не выявлено. При этом обнаруживаются достоверные различия числа пациентов опытной и контрольной групп, не имевших особенностей состояния слизистой оболочки. В этот срок наблюдения число таких пациентов составило 86,7 % по сравнению с 56,7 % в опытной группе.

В результате клинического обследования слизистой полости рта после наложения протезов установлено, что длительность существования и характер патологических элементов на слизистой оболочке протезного ложа в сроки эпителизации 11—14 суток при сравнении опытной и контрольной групп достоверно отличались (табл. 2). Эпителизация слизистой оболочки протезного ложа большинства пациентов опытной группы проходила на 7—10-е сутки, что существенно быстрее чем в контрольной группе.

Применение пробы Шиллера-Писарева показало, что на фоне применения препарата в основной группе выявлена стабилизация результатов лечения в более ранние сроки по сравнению с контрольной группой (рис. 2).

Таблица 2

Показатели эпителизации слизистой оболочки протезного ложа по срокам

Обследованные пациенты	Доля пациентов, по срокам начала эпителизации слизистой от числа обследованных, %				Доля пациентов, по срокам окончания эпителизации слизистой от числа обследованных, %			
	менее 7 сут.	7—10 сут.	11—14 сут.	более 14 сут.	менее 7 сут.	7—10 сут.	11—14 сут.	более 14 сут.
Основная группа	20,0 ± 7,3	80,0 ± 7,3	0,0 ± 0,0	0,0 ± 0,0	6,7 ± 4,6	46,7 ± 9,1	40,0 ± 8,9	6,7 ± 4,6
Контрольная группа	6,7 ± 4,6	66,7 ± 8,6	26,7 ± 8,1	0,0 ± 0,0	0,0 ± 0,0	53,3 ± 9,1	43,3 ± 9,0	3,3 ± 3,3

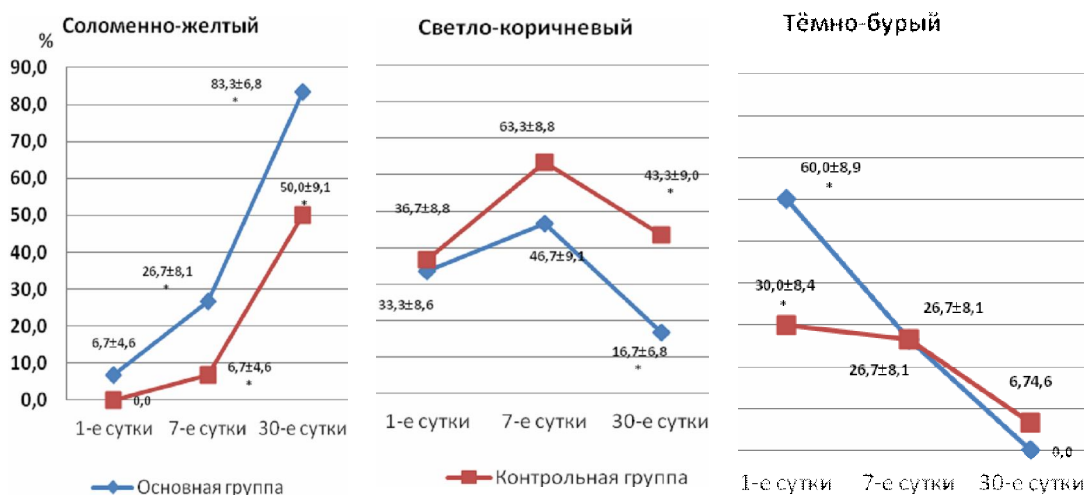


Рис. 2. Результаты применения пробы Шиллера-Писарева

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, основываясь на объективных клинических показателях состояния слизистой оболочки

протезного ложа на фоне применения препарата бишофита в комбинации с глицеросольватом титана и субъективных ощущениях пациентов можно заключить,

что местное применение разработанного препарата сокращает сроки адаптации к съемным пластиночным протезам на 25—30 % по сравнению с традиционными методами лечения пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вейсгейм Л. Д., Колос Г. А., Колесова Т. В. Оценка результатов ортопедического лечения больных с полным отсутствием зубов на нижней челюсти // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. — 2006. — № 3. — С. 35—37.
2. Жулев, Е. Н. Частичные съемные протезы / Е. Н. Жулев. — Н. Новгород, 2000. — 428 с.
3. Данилина Т. Ф., Михальченко Д. В., Жидовинов А. В., Порошин А. В., Хвостов С. Н., Вирабян А. В. Способ диагностики непереносимости ортопедических конструкций в полости рта // Современные наукоемкие технологии. — 2013. — № 1. — С. 46—48.
4. Малолеткова А. А., Шемонаев В. И., Клаучек С. В. Оценка течения адаптационного процесса в клинике ортопедической стоматологии // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. — 2013. — № 1. — С. 133—137.

5. Михальченко А. В., Осадшая Л. Б., Михальченко Д. В. Физиологические аспекты фонетической адаптации человека в процессе стоматологической реабилитации // Вестник новых медицинских технологий. — 2008. — Т. 15, № 1. — С. 122—123.

6. Михальченко Д. В., Михальченко А. В., Порошин А. В. Модифицированная методика оценки адаптации к ортопедическим стоматологическим конструкциям // Фундаментальные исследования. — 2013. — № 3—2. — С. 342—345.

7. Михальченко Д. В. Психофизиологические аспекты прогнозирования адаптации человека к ортопедическим стоматологическим конструкциям: Автореф. дис. ... к. м. н. Волгоградский государственный медицинский университет. — Волгоград, 1999.

Контактная информация

Данилина Татьяна Федоровна — д. м. н., профессор кафедры пропедевтики стоматологических заболеваний, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: dan4545@yandex.ru

УДК 616.314-085

ОПЫТ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

Е. Е. Маслак, И. В. Фоменко, Д. И. Фурсик, А. Л. Касаткина, В. Р. Огонян

*Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра стоматологии детского возраста*

Комплексное лечение апикального периодонтита у детей было выполнено в 16 постоянных зубах. Стандартное эндодонтическое лечение сочетали с хирургической санацией очага воспаления в периапикальных тканях и использованием минерал триоксид агрегата для закрытия верхушечного отверстия и перфораций.

Ключевые слова: апикальный периодонтит, дети, постоянные зубы, комплексное лечение.

EXPERIENCE WITH COMBINED TREATMENT OF APICAL PERIODONTITIS OF PERMANENT TEETH IN CHILDREN

E. E. Maslak, I. V. Fomenko, D. I. Fursik, A. L. Kasatkina, V. R. Ogonyan

Combined treatment of apical periodontitis in children was performed in 16 permanent teeth. Standard endodontic treatment was combined with surgical debridement of the focus of periapical tissue inflammation as well as the use of mineral trioxide aggregate for the closure of apical foramen and perforations.

Key words: apical periodontitis, children, permanent teeth, combined treatment.

Несмотря на низкий уровень распространенности осложнений кариеса в постоянных зубах у детей [4], лечение деструктивных форм апикального периодонтита остается существенной проблемой детской стоматологии. Стандартное лечение апикального периодонтита в постоянных зубах у детей проводится в соответствии с принципами современной эндодонтии [3]. Этапы обработки системы корневых каналов включают следующие меры: эвакуация некротических масс, удаление

инфицированного дентина, медикаментозная обработка, направленная на нейтрализацию продуктов жизнедеятельности патогенной микрофлоры, снижение микробной обсемененности и удаление остатков белковых масс, obturation. Затем проводится реставрация зуба. Однако стандартное лечение апикального периодонтита при наличии значительных деструктивных изменений в перирадикулярной области, особенно в постоянных зубах с несформированными корнями, не всегда