



УДК 616.314-77266:616.31-002-08(043.3)

Р. М. Бадалов

РАЗРАБОТКА ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДА К ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ПРОТЕЗНОГО СТОМАТИТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Актуальность темы

Несмотря на значительные успехи в развитии ортопедической стоматологии и постоянное совершенствование методов оказания ортопедической помощи населению, проблема лечения дефектов зубных рядов по-прежнему остается актуальной [1; 2].

Результаты исследований многих авторов [3–5] свидетельствуют, что 40–60 % лиц старше 40 лет имеют дефекты зубных рядов и нуждаются в лечении с помощью различных конструкций зубных протезов (бюгельных, частичных пластиночных, полных съемных). Значительная потребность населения в данном виде протезирования определяется еще и тем, что лечение дефектов зубных рядов съемными зубными протезами должно проводиться регулярно с интервалом в среднем каждые 3–4 года [6].

В связи с увеличением продолжительности жизни населения значительно возросла потребность в лечении дефектов зубных рядов у лиц пожилого возраста, многие из которых страдают сахарным диабетом [7–8].

Известно, что как бы качественно ни был изготовлен съемный зубной протез, он яв-

ляется инородным телом в полости рта. Поэтому особую актуальность приобретают вопросы адаптации к съемным конструкциям зубных протезов вообще и, в частности, у больных сахарным диабетом. Совершенствование процессов адаптации к съемным конструкциям зубных протезов у больных сахарным диабетом — одна из особо важных и чрезвычайно актуальных проблем ортопедической стоматологии [9–10].

Исходя из сказанного, мы поставили перед собой **цель** — разработать дифференцированную методику профилактики и лечения протезных стоматитов у больных сахарным диабетом.

Возникновение протезных стоматитов, как свидетельствуют многочисленные исследования, остается мультиэтиопатогенетическим процессом, ведущая роль в котором принадлежит остаточному мономеру и травме базисом протеза [11]. Однако при использовании протезов, изготовленных из нейлона, полипропилена или ацетала, отмечаются осложнения, схожие по своей клинической картине с протезными стоматитами, возникающими у носителей акриловых протезов (правда, значительно реже).

Аналогичная ситуация наблюдается и при применении протезов с мягкими прокладками. Следовательно, в этиологии протезных стоматитов значительную роль играют и другие факторы. Особенно это актуально для пациентов, страдающих соматическими заболеваниями. Учитывая данные обзора литературы, для изучения этиологии протезных стоматитов мы дополнительно выделили три фактора: микологический, сосудистый и пластический.

Материалы и методы исследования

В работе мы исследовали 117 больных сахарным диабетом, нуждающихся в протезировании частичными съемными протезами.

Для получения результатов нами были проведены следующие исследования. Микологическое обследование больных включало микроскопическое изучение мазков с применением обычных и люминесцентных методов окраски патологического материала.

Проводились также культуральные исследования с количественным учетом выделяемых со слизистой оболочки полости рта грибов. У больных исследования проводили до протезирования и в отдален-



ные сроки: 7, 14 дней, 1, 2, 6, 12 мес. после наложения протеза.

Пробу Кулаженко воспроизводили следующим образом. После создания в системе разрежения в 720–740 мм рт. ст. (при остаточном давлении 20–40 мм рт. ст.) стерильный наконечник прикладывали к десне и соединяли полость наконечника (трубки) с системой, после чего наконечник присасывался к десне. Через прозрачную стенку вакуумной трубки следили за тем, как десна втягивается в трубку, изменяется ее цвет, появляются отдельные кровоизлияния, которые сравнительно быстро сливаются, образуя вакуум-гематому. Время, в течение которого возникали гематомы, характеризовало стойкость капилляров десны.

Также проводили пробу Ясиновского по стандартной методике [12].

Результаты исследований и их обсуждение

С целью изучения влияния грибкового обсеменения на развитие протезного стоматита у больных сахарным диабетом мы провели изучение распространенности поражения грибом *Candida* протезного поля и протеза у больных сахарным диабетом до протезирования и после него.

Наши исследования, как и ряд литературных источников, показали, что до 18,9 % лиц, носящих акриловые пластиночные протезы, имеют обсемененную грибом *Candida* полость рта. Причем при применении полных съемных протезов этот показатель значительно выше (рис. 1).

Мы отобрали лиц, имеющих разную интенсивность обсеменения, и разделили их на три группы в зависимости от вида стоматологического лечения:

1-я группа — больным были даны рекомендации по улучшению гигиены протезов, проведена коррекция основного заболевания;

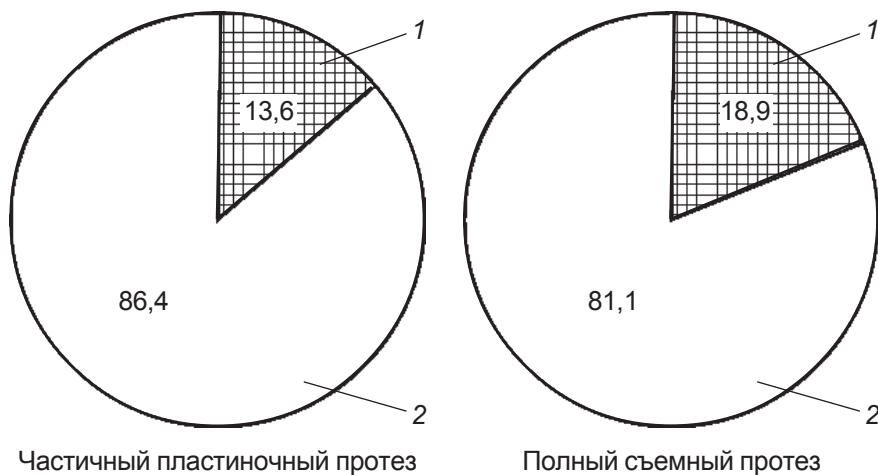


Рис. 1. Доля лиц с обсемененной грибами *Candida* полостью рта среди протезоносителей, страдающих сахарным диабетом, %: 1 — обсемененные; 2 — без обсеменения

2-я группа — применение перорально противогрибковых препаратов, полоскание щелочными растворами;

3-я группа — применение местно на протез крема «Клотримазол» дважды в день после приема пищи.

Результаты наблюдений за этими группами больных представлены в табл. 1.

Из полученных данных видно, что без специфической терапии (группа 1) интенсивность обсеменения возрастает на 26,8 % — с $(20,50 \pm 0,10) \cdot 10^7$ до $(28,0 \pm 0,4) \cdot 10^7$ колоний на 14-е сутки наблюдений. Далее интенсивность об-

семенения, благодаря защитным силам организма, незначительно снижается: к сроку наблюдения через 1 мес. с $(28,0 \pm 0,4) \cdot 10^7$ до $(26,5 \pm 0,3) \cdot 10^7$ колоний, т. е. на 5,3 % от уровня на 14-е сутки.

У больных, которым проводили общее противогрибковое лечение (группа 2), интенсивность обсеменения плавно снижалась на протяжении курса лечения до уровня $(0,50 \pm 0,05) \cdot 10^7$ колоний, что в 400 раз ниже начального уровня.

Больные 3-й группы уже через 1 сут. после начала местного лечения отмечали снижение интенсивности обсемене-

Таблица 1
Показатели интенсивности обсеменения грибами *Candida* больных сахарным диабетом, запротезированных пластиночными протезами, $M \pm m$, колоний $\times 10^7$

Группа исследования	Сроки наблюдения после начала лечения, сут.				
	1	3	7	14	30
До начала лечения — $20,50 \pm 0,10$					
1-я группа P_1	$25,0 \pm 0,5$ —	$27,5 \pm 0,4$ <0,01	$36,6 \pm 0,5$ <0,01	$28,0 \pm 0,4$ <0,01	$26,5 \pm 0,3$ <0,01
2-я группа P_1	$22,0 \pm 0,8$ <0,05 <0,01	$20,0 \pm 0,4$ <0,01 >0,05	$18,8 \pm 0,5$ <0,01 <0,05	$9,5 \pm 0,9$ <0,01 <0,01	$0,50 \pm 0,05$ <0,01 <0,01
3-я группа P_1	$0,50 \pm 0,05$ <0,01 <0,01	$0,020 \pm 0,008$ <0,01 <0,01	$0,005 \pm 0,001$ <0,01 <0,01	— — —	— — —

Примечание. В табл. 1–3: P — достоверность по сравнению с группой 1; P_1 — достоверность по сравнению с показателем до начала лечения.



ния в 400 раз, а на 14-е сутки обсеменение отсутствовало у 100 % пациентов.

Как известно из литературы, при сахарном диабете происходит стойкое нарушение строения нормальной капиллярной сети. Это достаточно активно проявляется в сосудистой сети протезного ложа — слизистой оболочке полости рта, как показывают наши разработки.

Одним из объективных тестов, характеризующих стойкость капиллярной стенки, на протяжении более 50 лет, является методика В. И. Кулаженко. При проведении этой пробы у пациентов, нуждающихся в протезировании частичными и полными пластиночными протезами, мы обнаружили, что достаточно большая часть пациентов в выборке имеет более пораженную сосудистую стенку слизистой оболочки полости рта, чем соматически здоровые лица (рис. 2).

Мы отобрали лиц, имеющих наиболее выраженную патологию капиллярного русла, и разделили их на три группы в зависимости от вида стоматологического лечения:

1-я группа — больным не проводились никакие дополнительные мероприятия;

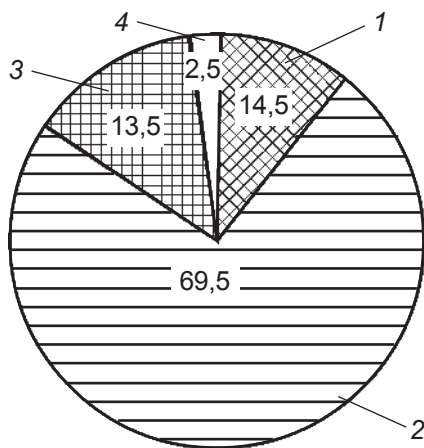
2-я группа — применение Аскорутин по 1 таблетке 3 раза в день;

3-я группа — применение местно на протез крема «Гирудопрокт» дважды в день после приема пищи.

Результаты наблюдений за этими группами больных представлены в табл. 2.

Полученные данные доказывают, что без лечения (группа 1) стойкость капилляров при ношении протезов снижалась на 25,1 % — с $(37,40 \pm 0,08)$ до $(28,01 \pm 0,02)$ с на 14-е сутки наблюдений. Далее стойкость капилляров, благодаря защитным силам организма, незначительно повышается, что, на наш взгляд, связано с адаптацией к протезу, и к сроку 1 мес. составляет $(39,90 \pm 0,09)$ с.

Постоянное применение рутин в виде препарата «Аскору-



Стойкость капилляров, с

Рис. 2. Распределение пациентов, страдающих сахарным диабетом, до протезирования по значению стойкости капилляров (проба В. И. Кулаженко), %: 1 — 34–36 с; 2 — 36–38 с; 3 — 39–41 с; 4 — 42 и выше

тин» (группа 2) повышает стойкость капилляров слизистой оболочки протезного ложа на 9,9 % — с $(37,40 \pm 0,08)$ до $(41,50 \pm 0,07)$ с на 30-е сутки.

Больные 3-й группы уже через 7 сут. после начала местного лечения отмечали повышение стойкости капилляров на 17,0 % — с $(37,40 \pm 0,08)$ до $(45,07 \pm 0,07)$ с. А в более отдаленные сроки стойкость капилляров практически доходила до нормы — $(51,00 \pm 0,10)$ с.

Как показали наши исследования, у больных сахарным диабетом происходит нарушение эпителиального слоя

слизистой оболочки, что делает ее практически близкой многослойному ороговавшему эпителию, что также является этиопатогенетическим фактором формирования хронического протезного стоматита.

Нами при проведении подсчета миграции эпителиальных клеток со слизистой оболочки протезного ложа у части пациентов (использована широко известная проба Ясиновского) отмечена тенденция к увеличению слущивания эпителия у данной категории более, чем у остальных пациентов (рис. 3).

Мы отобрали лиц, имеющих разную интенсивность слущивания эпителия, и разделили их на три группы в зависимости от вида стоматологического лечения:

1-я группа — больным не проводились никакие дополнительные мероприятия;

2-я группа — применение адаптационных гелей;

3-я группа — применение местно на протез крема «Солкосерил-Дента» дважды в день после приема пищи.

Результаты наблюдений за этими группами больных представлены в табл. 3.

Исходя из полученных данных, видно, что в группе 1, где не проводилась профилактика, отмечена положительная динамика скорости слущивания эпителия. Скорость слущивания возрастает (на 0,7 %) — с

Таблица 2

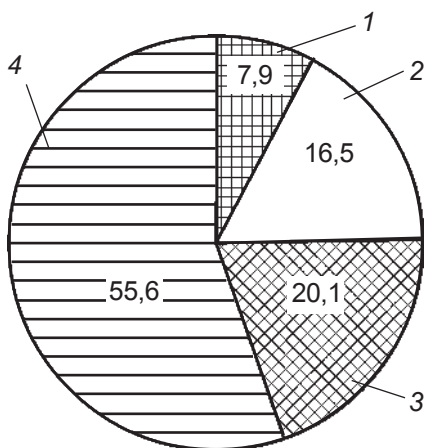
Динамика изменения показателей стойкости капилляров слизистой оболочки протезного ложа у больных сахарным диабетом, запротезированных пластиночными протезами, с, $M \pm m$

Группа исследования	Сроки наблюдения после начала лечения, сут.				
	1	3	7	14	30
До начала лечения — $37,40 \pm 0,08$					
1-я группа	$38,10 \pm 0,07$	$32,15 \pm 0,06$	$30,07 \pm 0,05$	$28,01 \pm 0,02$	$39,90 \pm 0,09$
P_1	—	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
2-я группа	$37,95 \pm 0,08$	$38,25 \pm 0,10$	$33,96 \pm 0,15$	$40,00 \pm 0,10$	$41,50 \pm 0,07$
P_1	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
P_1	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
3-я группа	$40,05 \pm 0,05$	$42,10 \pm 0,10$	$45,07 \pm 0,07$	$50,05 \pm 0,05$	$51,00 \pm 0,10$
P_1	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
P_1	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01



Показатели интенсивности слущивания эпителия у больных сахарным диабетом, запротезированных пластиночными протезами, тыс. клеток, $M \pm m$

Группа исследования	Сроки наблюдения после начала лечения, сут.				
	1	3	7	14	30
До начала лечения — $446,5 \pm 15,8$					
1-я группа P_1	$445,0 \pm 10,5$ —	$421,2 \pm 20,1$ >0,05	$447,3 \pm 13,2$ >0,05	$421,5 \pm 10,9$ >0,05	$450,0 \pm 25,0$ >0,05
2-я группа P P_1	$421,5 \pm 23,1$ >0,05 >0,05	$401,5 \pm 20,8$ >0,05 >0,05	$395,2 \pm 11,5$ <0,05 <0,01	$385,5 \pm 10,5$ <0,05 <0,05	$388,2 \pm 4,8$ <0,05 <0,05
3-я группа P P_1	$452,6 \pm 22,1$ >0,05 >0,05	$402,0 \pm 11,7$ >0,05 <0,05	$396,6 \pm 6,9$ <0,05 <0,05	$387,7 \pm 7,5$ <0,05 <0,05	$377,2 \pm 9,9$ <0,05 >0,05



Скорость слущивания эпителия, тыс. клеток

Рис. 3. Распределение пациентов, страдающих сахарным диабетом, до протезирования по скорости слущивания эпителия (проба Ясиновского), %: 1 — до 415 тыс.; 2 — 415–420; 3 — 420–440; 4 — 440 и выше

($446,5 \pm 15,8$) до ($450,0 \pm 25,0$) тыс. клеток — на 30-е сутки наблюдений. Однако следует отметить, что в 1-й группе наблюдений происходит колебание показателя интенсивности слущивания эпителия примерно в границах показателя до протезирования.

У больных, которым проводили адаптационное лечение, разработанное специалистами Института стоматологии АМН Украины (группа 2), скорость слущивания эпителия до 14 сут. плавно снижалась до показателя ($385,5 \pm 10,5$) тыс. клеток, что на 13,7 % ниже уровня до протезирования. И уже через 14 сут. после начала местного лечения (группа 3) отмечали снижение показателя интенсивности слущивания эпителия до ($387,7 \pm 7,5$) тыс. клеток.

Выводы

Следовательно, применение местно крема «Клотримазол» у лиц, имеющих обсемененность грибами *Candida*, снижает интенсивность обсеменения и нивелирует микозный фактор развития протезных стоматитов у больных сахарным диабетом. Примене-

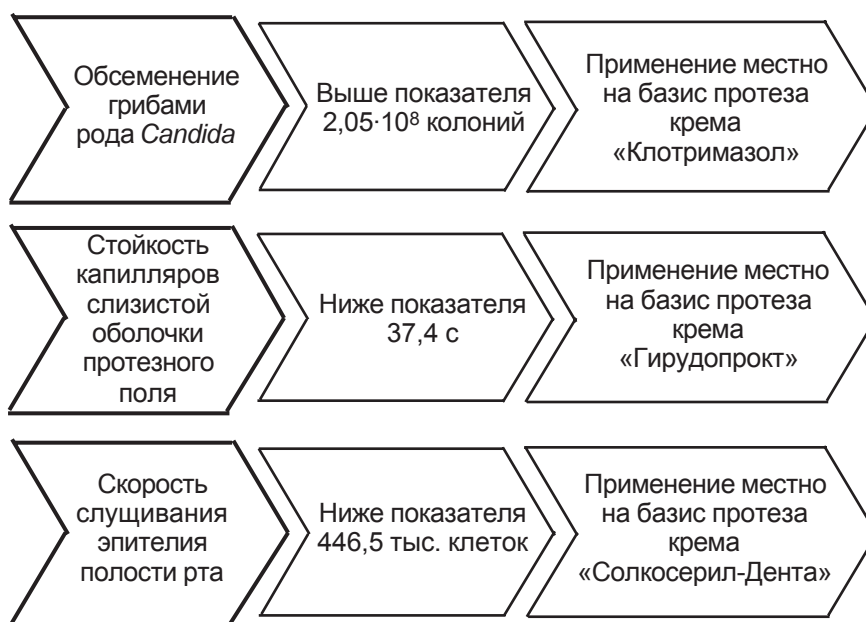


Рис. 4. Схема назначения местной терапии и профилактики протезного стоматита

ние же местно крема «Гирудопрокт» у лиц, имеющих сниженную проницаемость сосудистой стенки и нарушение стойкости капилляров, оказывает тонизирующее действие на сосуды, восстанавливает сосудистую сеть слизистой оболочки протезного ложа уже на 7-е сутки. В то же время, использование крема «Солкосерил-Дента» у лиц, имеющих склонность к ороговению эпителия, повышает скорость восстановления нормального эпителиального слоя клеток слизистой оболочки полости рта, а, следовательно, и препятствует развитию протез-

ных стоматитов у больных сахарным диабетом.

Для устранения основных этиологических факторов протезных стоматитов нами был проведен ряд исследований, в результате которых сделан вывод, что при определенных показателях проб показано применение местных средств профилактики согласно схеме, представленной на рис. 4.

Указанный комплекс для местной терапии и профилактики протезного стоматита позволяет значительно снизить количество осложнений протезирования у больных сахарным диабетом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кирсанова С. В. Клинико-социальная характеристика пациентов с частичным отсутствием зубов и внедрение критериев качества жизни для оценки эффективности их лечения : автореф. дис. на соискание науч. степени канд. мед. наук : спец. 14.01.22 – «стоматология» / С. В. Кирсанова. – М., 2008. – 21 с.

2. Алекунов Г. Ю. Аналіз надання ортопедичної стоматологічної допомоги жителям м. Донецька і області за 2004–2008 рр. / Г. Ю. Алекунов // Український стоматологічний альманах. – 2009. – № 3. – С. 12–14.

3. Лабунець В. А. Розробка наукових основ планування стоматологічної ортопедичної допомоги на сучасному етапі її розвитку : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук : спец. 14.00.22 – «стоматология» / В. А. Лабунець. – К., 2000. – 36 с.

4. Палійчук І. В. Контроль якості лікування хворих зі знімними пластинковими протезами з акрилових

пластмас : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.21 – «стоматология» / І. В. Палійчук. – Полтава, 1998. – 17 с.

5. Чулак Л. Д. Технология изготовления биоинертных зубных протезов / Л. Д. Чулак, А. А. Бас, В. В. Вальда. – Одесса : ОДМУ, 2005. – 206 с.

6. Гаврилов Е. И. Ортопедическая стоматология / Е. И. Гаврилов, А. С. Щербаков. — 3-е изд., перераб. и доп. — М. : Медицина, 1984. — 576 с.

7. Давиденко Г. М. Стан неспецифічної резистентності тканин ротової порожнини у хворих на цукровий діабет в різні терміни користування знімними частковими пластинковими протезами : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.21 – «стоматология» / Г. М. Давиденко. – Полтава, 1998. – 18 с.

8. *Glycaemic disorders in denture stomatitis* / L. Vitkov, R. Weitgasser,

A. Lugstein [et al.] // *J. Oral Pathol. Med.* – 1999. – N 28 (9). – P. 406–409.

9. Клинико-микробиологические аспекты и контроль эффективности консервативного лечения воспаления пародонта у больных сахарным диабетом 1 типа / В. Н. Царев, Г. М. Барер, О. О. Янушевич [и др.] // *Стоматолог.* – 2006. – № 4. – С. 40–46.

10. Максудов М. М. Протезирование зубов металлическими коронками у больных сахарным диабетом / М. М. Максудов, Р. Р. Гусейнов, М. Г. Муртазалиев // *Стоматология.* – 1981. – № 1. – С. 57–58.

11. Двойников А. И. Особенности протезирования у больных сахарным диабетом / А. И. Двойников, В. Д. Синицин, Т. П. Тимофеева-Кольцова // *Стоматология.* – 1989. – № 4. – С. 55–56.

12. Ясиновский М. А. К физиологии, патологии и клинике слизистых оболочек / М. А. Ясиновский. – Х. ; К. : Укрмедгиз, 1931. – 170 с.

УДК 618.1-022:578.827.1

О. І. Стрельник

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ І ВТОРИННА ПРОФІЛАКТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ ШИЙКИ МАТКИ, СПРИЧИНЕНИХ ПАПІЛОМАВІРУСНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ У ЮНИХ ЖІНОК

Одеський національний медичний університет

Незважаючи на значні успіхи у вивченні етіопатогенезу інвазивних уражень шийки матки, постійний пошук і оптимізацію лікувально-профілактичних заходів, цервікальні інтраепітеліальні неоплазії все ще становлять глобальну проблему для медичної науки та практики [1–3]. Значне помолодшання дебюту захворювання диктує необхідність впровадження вискоєфективних методів лікування та вторинної профілактики. Сучасні уявлення про етіологічну роль вірусу папіломи людини (ВПЛ) як основного екзогенного фактора цервікального канцерогенезу потребують при плануванні лікувально-профілактичних заходів враховувати такі властивості ВПЛ-асоційованих уражень, як ви-

сока контагіозність вірусу, гістофізіологічні особливості шийки матки, гормональні й імунологічні зрушення, шкідливі звички, а також висока сексуальна активність молодих жінок порівняно з іншими віковими групами [1; 3; 4]. В окремих роботах ВПЛ розглядається як можливий етіологічний фактор безплідності, невиношування вагітності та внутрішньоутробного інфікування плода [4], що також обумовлює високу медико-соціальну значущість генітальної папіломавірусної інфекції (ГПВІ) в цій віковій групі.

Відповідно до сучасних даних, кожна третя сексуально активна жінка має різноманітні форми клінічних проявів ГПВІ. Деякі штами ВПЛ (16, 18, 31, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 62,

66, 70) є високоонкогенними, інші (6, 11, 13, 42, 44) спричинюють аногенітальні кондиломи [5]. Значна кількість (15–20 %) мають безсимптомну форму ВПЛ-інфекції [6].

В останні роки набули популярності методи профілактики ГПВІ за допомогою вакцин [7]. Україна була однією з перших країн СНД, яка зареєструвала ВПЛ-вакцини та дозволила їхнє використання. Втім, вакцина досі призначається без урахування вихідного імунологічного статусу, а чинні клінічні протоколи не передбачають проведення імюнокорекції під час лікування. На жаль, не набула поширення первинна вакцинопрофілактика ГПВІ, тому актуальним залишається забезпечення молодих жінок засобами вторинної вакцинопро-

