

ЛИТЕРАТУРА

1. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. // Детская хирургия. — 1999. — № 1. — С.9-11.
2. Баиров Г.А., Дорошевский Ю.Л., Немилова Т.К. Атлас хирургии новорожденных. — М., 1984.
3. Гаджимирзаев Г.А., Арбулиев М.Г. // Вестник хирургии. — 1974. — № 9. — С.84-86.
4. Гассан Т.А. // Детская хирургия. — 2002. — № 4. — С.41-44.
5. Долецкий С.Я., Гаврюшов В.В., Акоюн В.Г. Хирургия новорожденных. — М., 1976.
6. Дорошевский Ю.Л. // Вестник хирургии. — 1979. — № 5. — С.91-96.
7. Дорошевский Ю.Л., Немилова Т.К. // Вестник хирургии. — 1979. — № 12. — С.75-79.
8. Иванов В.В., Аксельров В.М., Аксельров М.А. // Детская хирургия. — 1999. — № 6. — С.8-10.
9. Каравалева С.А. Хирургическое лечение некротического энтероколита: Автореф. диссерт. ... доктор. мед. наук. — М., 2002.
10. Каравалева С.А., Баиров В.Г., Горелик К.Д. и др. // Педиатрия. — 2002. — № 3. — С.103-105.
11. Марсон А. Сосудистые заболевания кишечника. — М., 1989.
12. Мишарев О., Троян В.В. // Хирургия. — 1980. — № 7. — С.102-105.

Адрес для переписки:

© СИМОНОВА К.К., МОКРЕНКО Е.В. — 2008

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

К.К. Симонова, Е.В. Мокренко

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра ортопедической стоматологии, зав. — д.м.н., проф. А.Я. Вязьмин, кафедра биохимии, зав. — д.м.н., проф. В.И. Кулинский)

Резюме. Приведены результаты клинического исследования пародонтального статуса опорных зубов пациентов, имеющих в полости рта несъемные конструкции протезов, а также этиопатогенетического лечения воспалительных заболеваний пародонта, связанных с неудовлетворительным состоянием несъемных протезов. Обсуждается вероятная роль антиоксидантных систем, а конкретно системы глутатиона, в воспалении пародонта и возможность ее коррекции.

Ключевые слова: пародонтит, свободные радикалы, восстановленный глутатион (GSH), пародонтальный статус опорных зубов.

SOME ASPECTS OF ETHYOPATHOGENETIC TREATMENT OF PERIODONTITIS

К.К. Simonova, E.V. Mokrenko
(Irkutsk State Medical University)

In this work the results of clinical researches of periodontal condition of bearing teeth of patients who has unremovable structures in their oral cavity, some aspects of ethyopathogenetic treatment of periodontitis, dependent on unsatisfactory state of unremovable constructions are presented. Also possible role of antioxidant systems, namely glutathione in pathogenesis of periodontitis, and possibility of its correction are discussed.

Key words: periodontitis, the free radicals, restored glutathione (GSH), periodontitis the status of a basic teeth.

Данные эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что лишь у 12% населения ткани пародонта здоровы, в то время как у 53% имеются начальные воспалительные, а у 23% — деструктивные изменения опорных тканей зубов. Среди них у 12% пациентов выявлены изменения средней и тяжелой степени. Данные показатели справедливы для пациентов, не подвергавшихся стоматологическому ортопедическому лечению, в то время как наличие в полости рта зубных протезов способствует возникновению и развитию воспалительных и деструктивных процессов тканей пародонта вследствие ухудшения гигиены полости рта [2].

Подавляющее большинство заболеваний пародонта носит воспалительный характер. Воспаление возникает под влиянием продуктов жизнедеятельности микроорганизмов микробной биопленки, но, при всем при этом, следует отметить роль местных травматических, в том числе ятрогенных причин.

По данным статистики, причиной преждевременного снятия 17% искусственных коронок является эндодонтическая патология, механическая несостоятельность металлокерамических коронок и опорных зубов возникает в 27% случаев, тогда как эстетическая несостоятельность из-за деструктивных изменений пародонта установлена в 64% [3]. До сих пор подавляющее большинство ортопедических несъемных конструкций изготавливается с опорой на зубы, препарированные без формирования присесенного уступа, что, безусловно, приводит к хроническому травмированию и резкому

снижению уровня гигиены вследствие ретенции пищевых остатков и зубных отложений в области краев несъемных элементов (коронки, накладки и т.п.). Неадекватное моделирование окклюзионной поверхности и формирование нефункциональной окклюзии приводит к перегрузке опорных и антагонизирующих зубов, нарушению краевого прилегания, а зачастую и целостности ортопедической конструкции (вкладки, накладки, виниры, края безметалловых коронок) и, как следствие, развитию кариозного процесса опорных зубов. Это обусловлено тем, что после сошлифовывания эмали обнажается дентин, обладающий высокой проницаемостью.

В настоящее время, следуя принципам минимальной инвазии, используется технология препарирования опорных зубов с формированием присесенного уступа для уменьшения вероятности травмирования пародонта и повышения уровня гигиены. Для повышения резистентности твердых тканей опорных зубов к деминерализации микробного и асептического характера применяется технология микро- и макрогерметизации (инфильтрация фтористыми соединениями и поверхностное покрытие фотополимерными герметиками).

Принципиальное отличие глубокого фторирования (микрогерметизация) заключается в том, что кристаллы CaF_2 имеют величину всего 50 Е. Благодаря этому они хорошо проникают в поры разрыхленной эмали диаметром до 100 Е, создавая в них концентрацию ионов фтора приблизительно в 5 раз выше, чем фтористого

кальция, образующегося при нанесении простых фторидов (макрогерметизация).

Для покрытия препарированной поверхности зубов используют препараты, образующие в итоге микрокристаллы фторидов, погруженных в гель кремниевой кислоты и тем самым защищенных от механического воздействия. Это создает оптимальную среду ионов фтора, которые в совокупности с минеральными солями слюны обеспечивают долговременную реминерализацию, усиливая ее в 100 раз. Наличие в этих реминерализирующих препаратах ионов меди способствует защите от микроорганизмов благодаря щелочному фториду меди (Cu(OH)F). Дезинфицирующая сила соединений меди постоянно регенерирует в результате взаимодействия с кислородом, имеющимся в водосодержащих жидкостях. При глубоком фторировании не происходит повреждения минеральной субстанции зуба, так как из него не удаляется кальций [4].

Роль свободнорадикального окисления

В экспериментальных и клинических наблюдениях было доказано, что перегрузка тканей пародонта вызывает комплекс патологических изменений с преобладанием воспалительных и дистрофических явлений [6]. Это в сочетании с факторами риска обуславливает исходный фон – относительную недостаточность физиологической антиоксидантной системы. В первую очередь это происходит из-за утечки радикала супероксид аниона при «дыхательном взрыве» в фагоцитирующих лейкоцитах. Последние накапливаются в десневой жидкости и в тканях десны под влиянием местных факторов (зубной налет, бляшка, ассоциации микробов) [1].

Свободные радикалы повреждают липиды клеточных мембран, белки, ферменты, нуклеиновые кислоты и другие соединения в тканях пародонта. От повреждения клетки защищают антиоксидантные механизмы. Одним из естественных антиоксидантов является восстановленный глутатион (GSH). Это вещество вносит основной вклад в функционирование антипероксидной системы. Глутатион способствует сохранению нативности и целостности мембран и нормальному осуществлению различных мембранных процессов, влияет на биосинтез нуклеиновых кислот и белка, играет ключевую роль в защите от ксенобиотиков. В целом система глутатиона увеличивает резистентность клеток не только к химическим, но и к физическим факторам, это важный защитный механизм клетки. На многие неблагоприятные воздействия, снижающие уровень GSH, клетка отвечает увеличением его продукции [5].

Сообщалось, что норме в ротовой жидкости концентрация глутатиона 7–17 наномоль/мл [7]. Логично предположить, что при воспалении пародонта его уровень увеличивается. Доказательство этого положения расширит понимание патогенеза и может иметь значение в комплексной диагностике воспаления пародонта. Поэтому актуальным является проведение исследования изменений системы глутатиона ротовой жидкости пациентов с диагнозом «пародонтит» опорных зубов до и после лечения.

Целью настоящей работы явилось определение пародонтального статуса опорных зубов пациентов, имевших в полости рта несъемные конструкции протезов, что является необходимым начальным этапом для проведения дальнейших клинических и лабораторных исследований изменений системы глутатиона ротовой жидкости.

Материалы и методы

Нами в клинике кафедры ортопедической стоматологии ИГМУ в 2006–2007 гг. было проведено обследование состояния пародонта у 38 пациентов, из них 18 женщин и 20 мужчин, обратившихся по поводу повторного стоматологического ортопедического лечения через 6–8 лет пользования несъемными мостовидными металлокерамическими протезами. Возраст обследованных от 27 до 68 лет.

Результаты и обсуждение

В ходе обследования у 44,7% пациентов выявлены симптомы локализованного гингивита в области опорных зубов, сопровождавшиеся застойной гиперемией десневого края, гипертрофическими изменениями десневых сосочков, кровоточивостью при зондировании.

Деструктивные изменения в пародонте опорных зубов, характерные для локализованного пародонтита – глубина пародонтального кармана до 3,5 мм преимущественно в области межзубного промежутка, рентгенологические признаки резорбции межальвеолярных перегородок до j длины корня, подвижность опорных зубов I–II степени после снятия протезов, индуцированная кровоточивость – выявлены у 18,4% пациентов.

Генерализованный пародонтит был диагностирован у 5,2 % пациентов.

После снятия протезов были обнаружены очаги деминерализации твердых тканей на 65% опорных зубов в обследованной группе пациентов.

Нами было проведено комплексное лечение, которое можно разделить на общее и местное.

По показаниям была проведена общеукрепляющая терапия, т.к. большое значение имеет повышение способности тканей к восстановлению (регенерации). Для этого проводилась витаминотерапия, фитотерапия.

При подготовке к повторному протезированию проведено было местное лечение, прежде всего, санация полости рта, которая позволила снизить воспалительные явления. Полость рта была обработана асептиками и антисептиками. Проводили ультразвуковой кюретаж пародонтальных карманов с полировкой поверхности корня с иссечением грануляционной ткани. Восстановительное лечение включало в себя местную физиотерапию, применение кератостимулирующих желе («Солкосерил»). Проводилась физиотерапия – массаж, электрофорез с витаминами, анестетиками.

Комплекс лечебных мероприятий по купированию воспалительных изменений, снятие пришедших в негодность или неправильно изготовленных мостовидных конструкций с последующим временным шинированием зубов, проведенный нами совместно с врачом-пародонтологом, стоматологом-хирургом и терапевтом, позволили достичь устойчивой клинической картины благополучия.

В последующем, пациентам были повторно изготовлены несъемные протезы с соблюдением клинических требований. Было изготовлено 43 металлокерамических протеза. При протезировании данной группы пациентов была использована методика препарирования твердых тканей с уступом. Глубокое фторирование твердых тканей препарированных опорных зубов осуществлялось двукратно: после препарирования зубов и на этапе припасовки каркаса для уменьшения послеоперационной чувствительности и в целях профилактики деминерализации твердых тканей зубов.

Таким образом, причинами воспалительных изменений тканей пародонта в обследованной группе пациентов являлись несоблюдение современных правил препарирования, нефункциональные окклюзионные соотношения протезов и антагонизирующих зубов, игнорирование возможностей использования методик герметизации и глубокого фторирования, а также отсутствие своевременного выявления формирования патологического процесса. Необходимо, наряду с соблюдением современных методик подготовки опорных зубов к протезированию, выполнять раннюю диагностику воспалительных заболеваний пародонта; методик по раннему выявлению воспаления в настоящее время в широком клиническом использовании нет.

Именно поэтому необходимо разрабатывать новые возможности ранней диагностики воспаления тканей, окружающих опорный зуб, которой может явиться проведение исследования изменений системы глутатиона ротовой жидкости пациентов с диагнозом «пародонтит» опорных зубов до и после лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воскресенский О.Н., Ткаченко Е.К. Роль перекисного окисления в патогенезе периодонтита // Стоматология – 1991. – № 4. – С.5-10.
2. Грудянов А.И. Избранные лекции. – М., 1997 – 33 с.
3. Давидян А.Л. Пародонтологические аспекты ортопедической реабилитации // Пародонтология – 2006. – Т. 39, № 2. – С.45.
4. Кнаппвост А. Молочные зубы и их лечение // Институт стоматологии 2001. – № 3 – С.22-23.
5. Кулинский В.И., Колесниченко Л.С. Биологическая роль глутатиона // Успехи современной биологии. – 1990. – Т.110., Вып. 1 (4). – С.20-30.
6. Мокренко Е.В. Компенсаторные возможности пародонта при функциональной перегрузке зубов и патогенетическое обоснование ортопедического лечения. Дисс. канд. мед. наук. – М., 1992. – 123 с.
7. Bald E., Glowacki R. Analysis of saliva for glutathione and metabolically related thiols by liquid chromatography with ultraviolet detection // Amino Acids. – 2005. – № 28. – P.431-433.

Адрес для переписки:
664003, г. Иркутск, ул. Красного Восстания, 1, ИГМУ.

© ПРОТОПОПОВА Н.В., ПЕТУХОВ А.А. – 2008

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОДА РОДОВ У ЖИТЕЛЬНИЦ СЕВЕРА И ЮГА ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

Н.В. Протопопова, А.А. Петухов

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета, зав. – д.м.н., проф. Н.В. Протопопова; Научный центр медицинской экологии ВСНЦ СО РАМН, директор – член-корр. РАМН, д.м.н., проф. Л.И. Колесникова)

Резюме. В статье представлены результаты проведенного эпидемиологического исследования характера течения беременности и родов у женщин, проживающих в северном (Чунском) районе Иркутской обл. и г. Иркутске. Были обследованы беременные женщины с различной степенью акушерского и перинатального риска. Проведена сравнительная характеристика течения беременностей и родов у жительниц севера и юга Иркутской области. Установлено, что имеется значительное увеличение частоты осложнений по мере прогрессирования беременности в Чунском районе по сравнению с г. Иркутском. Также велик показатель осложнений родов в Чунском районе, что в совокупности обусловило высокую частоту оперативного родоразрешения. Отражена специфика течения беременности и родов в зависимости от климатогеографических и социально-экономических условий.

Ключевые слова: беременность, осложнения беременности, осложнения родов, северные районы.

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF PREGNANCY COURSE AND OUTCOME OF DELIVERY IN WOMEN, WHO LIVE IN NORTHERN AND SOUTHERN AREAS OF IRKUTSK REGION

N.V. Protopopova, A. A. Petukhov

(Irkutsk State Medical University, Scientific Center of Medical Ecology ESSC SB RAMS, Irkutsk)

This article covers the results of the study of course of pregnancy in women living in northern and southern areas of Irkutsk region. The pregnant women with various degrees of obstetrical and perinatal risk have been examined. It has been discovered that there is a significant increase in the frequency of complications of pregnancy with increase of term. There is a significant number of complications, which, along with the previous point, cause a larger number of operative deliveries.

Key words: pregnancy, pregnancy complications, delivery complications, northern areas.

С медико-биологической точки зрения по данным Е.Р. Бойко (2005) и соавт. [1,2,4,6], имеется несколько факторов, оказывающих неблагоприятное воздействие на человеческий организм в условиях севера. Это холод, который усугубляется ветром и влажностью воздуха, контрастная фотопериодика, геомагнитный фактор и влияющие на физиологические процессы в организме человека на севере своеобразие диеты и микроэлементный состав воды. В определенной степени для этих территорий характерно однообразие диеты. В настоящее время большинство исследователей считают, что в той или иной мере имеет место воздействие комплексный эффект всех составляющих климата севера [1,2,4,6,8,9].

По данным литературы, частота осложнений беременности в северных районах значительно выше, чем в других. Проживание в некомфортных климатических условиях, а также определенные особенности трудовой деятельности, материального обеспечения и социального окружения как в ранние гестационные сроки, так и в предгравидарном периоде, являются дополнительными факторами риска развития осложнений беременности [1,2,3,4,5,6,7,8,9,10].

Согласно концепции разработанной акад. РАМН

Э.К. Айламазяном (1990-2001 г.) различные, количественно измеряемые параметры репродуктивной системы женщины могут служить оценочными критериями экологического неблагополучия региона и биологической опасности для женского организма окружающей среды. Репродуктивная система женщины высоко и особо чувствительна к воздействию неблагоприятных факторов среды любого происхождения и любой интенсивности, в том числе и подпороговой.

Экологически зависимые нарушения проявляются клиническими, патофизиологическими, гормональными, биохимическими, иммунологическими симптомами, которые имеют большое сходство при воздействии разных природных и антропогенных факторов. В клиническом отношении возникающие расстройства выражаются снижением фертильности, учащением патологии беременностей и родов, повышением частоты заболеваний женщин, ухудшением внутриутробного развития плода вплоть до его гибели [2,6,7,8,9].

Репродуктивное здоровье женщин в северных районах Иркутской области, в частности, в Чунском районе, имеет свои особенности. Это связано в первую очередь с вышеперечисленными факторами, существующими на территории Чунского района, в отличие от