

Повышение эффективности реставрации твердых тканей зубов у больных с синдромом Шегрена



Григорьев С.С.

*Кафедра пропедевтики
и физиотерапии
стоматологических
заболеваний ГОУ ВПО УГМА
Росздрава, г. Екатеринбург*

РЕЗЮМЕ

Изучение состояния композиционных реставраций у пациентов с синдромом Шегрена (СШ) в отдаленном периоде на фоне коррекции микробного пейзажа в полости рта зубиотиком «Биоспорин» выявило улучшение сохранности пломб. Проведенные микробиологические исследования подтвердили увеличение роста *St.mutans*, грибов рода *Candida*, *Lactobacillus* и *St.oralis* на поверхности реставраций с увеличением сроков наблюдения, что подтверждает необходимость коррекции микрофлоры у больных с СШ 1 раз в год для повышения эффективности реставрации.

Ключевые слова: реставрация, синдром Шегрена, микрофлора полости рта.

INCREASE OF TEETH RESTORATION EFFICACY OF PATIENTS WITH A
Grigoryev S.S.

Summary

Studying of composite restorations of patients with a syndrome of Shogregre in the remote period including correction of oral microflora by eubiotic Biosporine has revealed improvement of filling's safety. The carried out microbiological researches have confirmed increasing in growth *St. mutans*, *Candida albicans*, *Lactobacillus* and *St. oralis* on a surface of restorations with increase in terms of supervision. It confirms necessity of microflora correction at patients with syndrome of Shogregre once a year for efficiency of restoration.

Keywords: restoration, Shogregre syndrome, oral microflora.

В течение последних десятилетий основными направлениями исследований по-прежнему являются вопросы профилактики и лечения кариеса зубов [1].

Наибольший интерес при изучении физиологии эмали и дентина представляет процесс их минерализации путем поступления необходимых веществ через кровь и слюну и проницаемость эмали для этих веществ [2]. Особенности строения зубной эмали в существенной степени определяют ее физико-химические и физиологические свойства, такие, например, как прочность, проницаемость, процессы обмена, деминерализация и реминерализация.

Равновесие состава эмали и окружающей ее биологической жидкости – слюны, поддерживается на необходимом уровне благодаря равнодействию двух процессов: растворения кристаллов гидроксиапатита эмали и их образования [2]. Минерализующие свойства слюны реализуются благодаря механизму перенасыщенности ее гидроксиапатитом. Помимо этого, слюна выполняет по отношению к зубам защитную функцию за счет имеющихся в ней белков – муцина, гликопротеина и иммуноглобулинов, которые препятствуют адгезии микроорганизмов полости рта к эмали зуба и угнетают их рост [3]. Несмотря на то, что в поло-

сти рта имеются мощные защитные механизмы, с серьезной проблемой сталкивается врач при лечении пациентов с гипосаливацией. При усугублении данного процесса значительно возрастает интенсивность кариеса и сокращается срок сохранения композиционных реставраций.

Цель исследования

Изучение состояния композиционных реставраций у пациентов с синдромом Шегрена (СШ) в отдаленном периоде на фоне коррекции микробного пейзажа в полости рта.

Материал и методы

В условиях стоматологической поликлиники УГМА нами проведено обследование и лечение 192 пациентов с синдромом Шегрена. Из них в начальной стадии заболевания 116 пациентов (1 группа), в стадии выраженных клинических проявлений 76 пациентов (2 группа). Обследование пациентов с СШ включало в себя общеклинические исследования (в том числе, обязательное заключение ревматолога). При оценке стоматологического статуса проведено изучение уровня КПУз и КПУп, определение скорости слюноотделения. Микробиологические исследования полости рта у больных с СШ проводили с целью подтверждения дисбиоза ($\text{KOE} \times \text{In}/\text{cm}^2$), а также для изучения сравнительной оценки эффективности применения зубиотика «Биоспорин» для лечения этих больных. Применение зубиотика осуществлялось до начала проведения реставрационных работ.

Проведено 1036 реставраций, в том числе 580 у пациентов в начальной стадии и 456 у пациентов в стадии выраженных клинических проявлений. Все реставрации выполнены нанопополненным композиционным материалом (ADPER Single bond 2 – Filtek Supreme XT/3M ESPE). В качестве лечебной пасты при глубоком кариесе применяли Septocalcine Ultra химического отверждения. В качестве изолирующей прокладки и при локализации полости в пришеечной области использовали стеклоиономерный цемент светового отверждения Vetrimer фирмы «3М». Все эти материалы обладают способностью выделять ионы фтора в ткани зуба в течение длительного времени.

Оценку качества пломбирования осуществляли в сроки 3, 6 месяцев, 1, 2, 3 года и 5 лет с применением «Системы оценки качества пломб» [4]. Эффективность комплексного лечения оценивали на основании данных клинического, микробиологического, а также социологического метода оценки качества и удовлетворенности пациента проведенным лечением.

Результаты и обсуждение

При сборе анамнеза обратил на себя внимание тот факт, что срок службы пломб из композиционных материалов светового отверждения, поставленных ранее, в среднем составлял от 2-х недель до 4-х месяцев.

У всех больных в начальной стадии заболевания выявлено поражение зубов со всех поверхностей. В данной группе КПУз был равен-16, КПУп — 42. В стадию выраженных клинических проявлений интенсивность кариозного процесса по индексу КПУз составила 23,6, по индексу КПУп — 48. В структуре показателей КПУз преобладала составная «К». Кариозный процесс приобретал плоскостную форму.

Проведенные микробиологические исследования выявили достоверное увеличение количества кариесогенных микроорганизмов на поверхности твердых тканей зубов, на фоне снижения общего объема секретируемой слюны от 1,65 мл в начальной стадии до 0,8 мл в стадию выраженных

клинических проявлений. Выявлено значительное увеличение количества *St.mutans* от 9,2 в начальной стадии до 12,0 в стадии выраженных клинических проявлений, а также было выявлено значительное количество и других патогенных микроорганизмов. Количество грибов рода *Candida* составило 3,1 и 6,5 соответственно в 1-й и 2-й группах. Определен высокий уровень *Lactobacillus* в обеих группах, что соответственно составило 9,4 и 10,0. Количество *St.oralis* в 1-й группе составило 12,0, во 2-й группе — 13,1.

Таким образом, включение в схему обследования микробиологических методов позволило выявить различные степени дисбиоза в полости рта, который, как известно, способствует затяжному, рецидивирующему течению заболеваний и развитию осложнений. Полученные нами данные клинических и микробиологических исследований явились основанием для разработки дополнительных подходов к комплексному лечению больных с синдромом Шегрена.

Перед началом реставрационных работ все пациенты обучались правилам гигиены полости рта с обязательным контролем в среднем 1 раз в две недели.

Коррекцию микробного пейзажа проводили эубиотиком «Биоспорин».

Микробиологические исследования после коррекции микробного пейзажа показали уменьшение количества патогенных колоний как в начальной стадии, так и в стадии выраженных клинических проявлений и составили соответственно: *St.mutans* 1,35 и 2,02; количество грибов рода *Candida* 1,85 и 2,64; *Lactobacillus* 6,44 и 6,61; *St.oralis* 3,64 и 4,07.

Увеличился и объем секретируемой слюны до 2,7 мл в начальной стадии и 1,95 мл в стадии выраженных клинических проявлений.

Анализируя состояние пломб, мы отметили, что в течение первого года большинство реставраций по определяемым критериям находятся в удовлетворительном состоянии. Клинический случай эстетико-функциональной реставрации представлен на рисунках 1–7.

При динамическом наблюдении за пациентами выявленные осложнения в виде рецидива кариеса и нарушения краевого прилегания наблюдались через 16–18 месяцев. На фоне снижения скорости слюноотделения проведенные микробиологические исследования в этот же период подтвердили увеличение роста *St.mutans*, грибов рода *Candida*, *Lactobacillus* и *St.oralis*. Причем количество ассоциантов на поверхности реставраций повышалось с увеличением сроков наблюдения.

Таким образом, перед проведением реставрационных работ на твердых тканях зубов у пациентов с СПН необходимо, кроме функциональных, эстетических и экономических соображений, учитывать состояние микробного пейзажа в полости рта, с проведением коррекции микрофлоры один раз в год, для того чтобы свести к минимуму вызываемые дефекты реставрационных работ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кузьмина Э.М. Стоматологическая заболеваемость населения России. — М., 1999.
2. Боровский Е.В., Леонтьев В.К. Биология полости рта. М. — 1991; — 302.
3. Nieuw-Amerongen A., Bolscher J.G., Veerman E.C. Salivary proteins: protective and diagnostic value in cariology. *Caries Res* 2004; №3; 247-253.
4. Макеева И.М., Шелеметьева Г.Н., Туркина А.Ю. Отдаленные результаты восстановления фронтальных зубов композитными материалами светового отверждения. *Стоматология*, 2002; №5: 41-44.



Рис. 1. Состояние зуба 1.4 до реставрации



Рис. 2. Состояние зуба 1.4 после препарирования



Рис. 3. Протравливание полости на этапах реставрации



Рис. 4. Внешний вид зуба 1.4 после проведения реставрации (с вестибулярной стороны)



Рис. 5. Внешний вид зуба 1.4 после проведения реставрации (с небной стороны)



Рис. 6. Внешний вид зуба 1.4 спустя 1 год после проведения реставрации



Рис. 7. Внешний вид зуба 1.4 спустя 3 года после проведения реставрации