соответственно, что отвечает критериям адекватного ответа АД на проводимую антигипертензивную терапию.

Представляет интерес изменение суточных профилей АД при различных вариантах терапевтического вмешательства (рис. 4 и 5).

Исходно у мужчин (группы 1 и 2) преобладал тип пациентов «non-dipper» (47,4 и 44,4% соответственно), а у женщин (группы 3 и 4) – тип «dipper» (37,5 и 42,1% соответственно).

Через 6 месяцев лечения суточные профили АД у мужчин достоверно изменились только в 1-й группе – основным стал тип «dipper» (42,1%), уменьшилось количество «night-peaker» (с 18,4 до 5,3%) и возросло число пациентов «over-dipper» (с 7,9 до 15,8%). В группах женщин достоверно возросло число пациенток «dipper» (с 42,1% до 60,5%), что также превышало число мужчин из группы 2, получавших схожую терапию. В группах 2 и 3 изменений в структуре суточных профилей АД не произошло.

Таким образом, полученные результаты показывают, что антигипертензивная терапия пациентов, имеющих сочетание артериальной гипертонии и сахарного диабета 2-го типа, имеет гендерные особенности.

Через 6 месяцев терапии целевого уровня АД достигли 84,2% мужчин, принимавших терапию с включением ингибитора АПФ, и 89,5% женщин, получавших лечение, основанное на АРА II.

Мужчины, получавшие АРА II, и женщины, принимавшие ингибитор АПФ, достигли целевого уровня только в 66,7% и 60% случаев соответственно. Нормализация АД сопровождалась благоприятными сдвигами в суточных профилях АД: у мужчин, получавших ингибиторы АПФ, и у женщин, принимавших АРА II, преобладал тип «dipper», сокращалось количество больных с неблагоприятными типами суточных кривых АД. Среднесуточные значения САД и ДАД у этих групп больных достигли целевого уровня.

Более выраженное влияние на структурно-функциональное состояние миокарда левого желудочка отмечено в группе женщин, принимавших комбинированную терапию с использованием АРА II, что проявилось уменьшением Тмжп и Тслж, снижением ММ и ИММ ЛЖ. Кроме того, в этой группе женщин, как и у мужчин, получавших ингибитор АПФ, достоверно сократились проявления диастолической дисфункции ЛЖ.

Таким образом, использование ингибитора АПФ спираприла в сочетании с диуретиком и антагонистом кальция больше эффективно у мужчин, а терапия, основанная на АРА II кандесартане, – у женщин. Добавление АК амлодипина позволяет добиться целевого уровня АД у подавляющего количества больных с АГ и СД 2-го типа через 6 месяцев терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Аметов А. С., Глезер М. Г.* Антигипертензивная терапия и СД. Сообщение 1 // Проблемы женского здоровья. – 2007. – № 2. – С. 28–37.

2. *Глезер М. Г.* Антигипертензивная терапия и СД. Сообщение 2 // Проблемы женского здоровья. – 2007. – № 3. – С. 45–67.

3. *Карпов Ю. А.* Артериальная гипертония у больных с СД: основные направления лечения // Русский медицинский журнал. – 2001. – № 9. – С. 24.

4. *Демидова Т. Ю.* Многофакторная стратегия ангиопротективной терапии у больных СД и АГ // Проблемы женского здоровья. – 2007. – Т. 2. № 3. – С. 36–44.

5. *Конради А. О.* Новая страница в лечений АГ у больных СД. Первые данные исследования ADVANCE // Артериальная гипертензия. – 2007. – № 3. Т. 13. – С. 214–221.

6. *Mc.Cullough P. A.* How is chronic kidneys diseases «spoiler» cardiovascular outcome // G-AM-Coll Cardio. – 2003. № 41. – P. 725–728.

7. *Brancati F. L O* Risk of end-stage renal disease in diabetes mellitus: Propective cohort study of man screened for NRFIT // MULTIPLE RISK FACTOR INTERVENTION TRIAL. JAMA . – 1997. – № 278. – P. 2069–2074.

8. *Mogensen C. E., Viberti G., Halmi S. and others* Preterax in albuminuria prograssion (PREMIER) study group effect of low-dose perindopril/indopamid on albuminuria in DM // Hypertension. – 2003. – № 41. – P. 1063–1071.

Поступила 17.04.2009

А. В. СКРЫЛЬ, Ф. Х. БЕШТОКОВА

ВОССТАНОВЛЕНИЕ РАЗРУШЕННОЙ КОРОНКОВОЙ ЧАСТИ МНОГОКОРНЕВЫХ ЗУБОВ СОВРЕМЕННЫМИ ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ И МАТЕРИАЛАМИ

Кафедра ортопедической стоматологии Ставропольской государственной медицинской академии, Россия, 355000, г. Ставрополь, ул. Морозова, 6. E-mail: dantistFH@yandex.ru

Этиология дефектов коронковой части боковых зубов в основном связана с кариозным процессом, повышенной стираемостью, клиновидными дефектами, травматическими повреждениями. Развивается комплекс функциональных нарушений, проявляющийся асинхронностью их сокращений, удлинением жевательного периода, болями, появлением свободных размалывающих жевательных движений, повторяющихся через равные промежутки. Важным фактором долгосрочного успеха любой реставрации является формирование окклюзии с достаточным количеством и правильным расположением окклюзионных контактов. Независимо от объема реставрации это должно быть сделано для достижения нескольких целей: предотвращения повреждения ВНЧС, зубов и мышц, обеспечения долгосрочного функционирования реставрации.

Ключевые слова: дефекты коронки, окклюзия, височно-нижнечелюстной сустав, восстановление.

УДК 616.314.11.004.6

A. V. SKRYL, F. H. BESHTOKOVA

RESTORATION DESTROYED CROWNS PART OF MULTIROOTED TEETH MODERN ORTHOPEDIC DESIGNS AND MATERIALS

Chair of orthopedic stomatology the Stavropol state medical academy,
Russia, 355000, Stavropol, street Morozova, 6. E-mail: dantistFH@yandex.ru

The aetiology of defects crowns part of posterior teeth are basically connected by caries, attrition, abfraction, traumatic damages. Develops a complex of functional infringements shows asynchronization of their reductions, lengthening of chewing period, pains, occurrence of the free chewing movements repeating through equal intervals. The important factor of long-term success of any restoration is formation occlusion with enough and a correct arrangement occlusal contacts. Irrespective of volume of restoration it should be made for achievement of the several purposes: prevention of damage temporomandibular joint, a teeth and muscles and maintenance of long-term functioning of restoration.

Key words: crown defects, occlusion, temporomandibular joint, restoration.

Введение

Этиология дефектов коронковой части боковых зубов в основном связана с кариозным процессом, повышенной стираемостью, клиновидными дефектами, травматическими повреждениями. По мере образования дефектов окклюзионной поверхности зубов может происходить нарушение целостности межзубных контактов. В патологический процесс вовлекаются жевательные мышцы. Развивается комплекс функциональных нарушений, проявляющийся асинхронностью их сокращений, удлинением жевательного периода, болями, появлением свободных размалывающих жевательных движений, повторяющихся через равные промежутки [4, 5]. Снижается эффективность жевания. Во время механической обработки пищи утратившие анатомическую форму зубы встречаются с новыми функциональными условиями, обусловливающими изменения направления действия сил в жевательной и мимической мускулатуре, ВНЧС.

Важным фактором долгосрочного успеха любой реставрации является формирование окклюзии с достаточным количеством и правильным расположением окклюзионных контактов. Независимо от объема реставрации это должно быть сделано для достижения нескольких целей: предотвращения повреждения ВНЧС, зубов и мышц, обеспечения долгосрочного функционирования реставрации. В связи с этим корректная оценка качества и эффективности восстановления разрушенной окклюзионной поверхности боковых зубов должна включать уровень удовлетворения пациента, морфологическую оценку окклюзии, а также объективные показатели реального влияния морфологии реставрации на функцию [1, 3].

Основным методом устранения дефектов коронковой части зуба, особенно при начальных и средних формах, является пломбирование. По сравнению с протезированием это менее трудоемкий процесс. Однако этот способ лечения даже на современном уровне развития стоматологии не всегда может обеспечить решение проблемы восстановления формы и функции зубов, особенно при кариозных дефектах II, IV классов классификации Блэка, системной гипоплазии, повышенной стираемости, наследственных нарушениях и пороках развития твердых тканей и др.

Целью нашего исследования явилось повышение эффективности восстановления разрушенной коронки боковых зубов современными методами ортопедического лечения.

Методика исследования

Под нашим наблюдением находились 25 пациентов с дефектами коронковой части жевательных зубов: 18 женщин и 7 мужчин в возрасте от 18 до 55 лет, которым лечение проводилось с помощью вкладок. Контрольную группу составили 25 пациентов в возрасте от 18 до 55 лет, у которых реставрация дефектов окклюзионной поверхности была выполнена гибридными композиционными материалами.

В ходе проведенного лечения были изготовлены 42 вкладки: из них 32 керамические, 7 металлических, 3 композитные. Керамические вкладки изготавливались литьевым прессованием, фрезерованием каркаса из оксида циркония с последующим послойным нанесением и обжигом фарфора, ультразвуковой конденсацией оксида алюминия с добавлением оксида циркония (каркас), с последующим обжигом, послойным нанесением и обжигом фарфора.

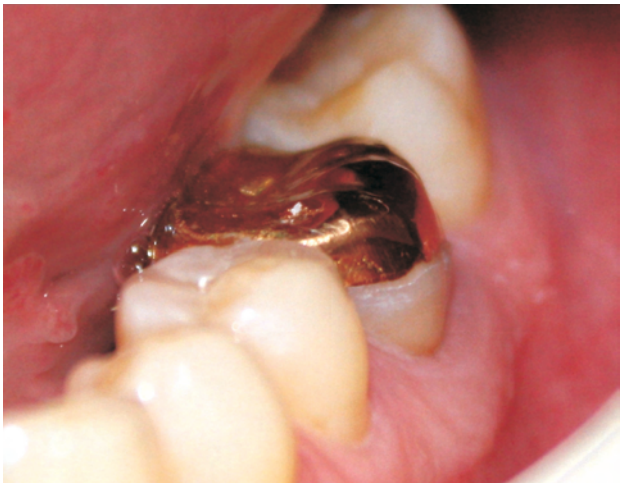
Пациентам основной и контрольной групп выполнялась электромиография жевательных мышц с помощью портативного электромиографа *FREELY EMG* производства компании De Gotzen S.r.l. (Италия). На лабораторном этапе применялись артикуляционные системы S.A.M 3, Protar 9. Для индивидуальной настройки артикулятора использовались данные, полученные с помощью ультразвуковой системы регистрации движений нижней челюсти ARCUS digma.

Результаты исследования

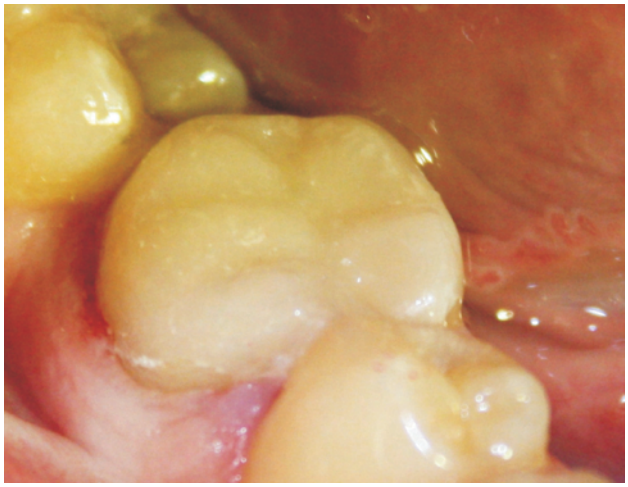
В ходе проведенных ЭМГ-исследований в рабочей группе до начала ортопедического лечения нами были выявлены вариации суммарного электропотенциала исследуемых мышц (IMPACT) в пределах от 553 до 8894 mV, уменьшение индекса симметрии жевательных мышц (РОС. ММ) и височных мышц (РОС. ТА), у 4 пациентов наблюдалось увеличение индекса функциональной активности грудинно-ключично-сосцевидных мышц (CER.LOUD): от 22,09 % до 54,12%.

На рисунке 2 отражено уменьшение коэффициента симметрии сокращения височных мышц, в частности, уменьшена амплитуда сокращений правой височной мышцы, присутствует выраженное торсионное скручивание.

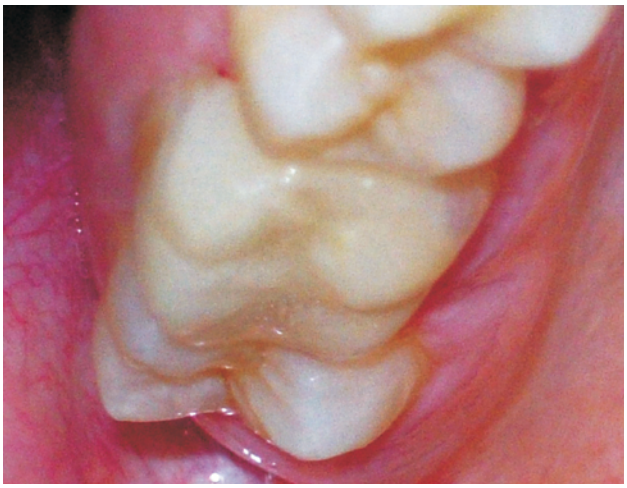
Электронная система для регистрации движений нижней челюсти ARCUS digma, также как и данные электромиографии, показала различные отклонения от среднестатистических показателей у пациентов



а

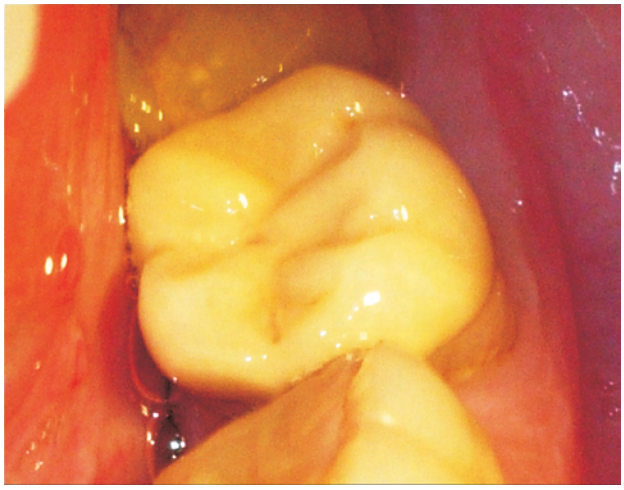


б



в

г



д

Рис. 1. Изготовленные вкладки:

а) методом литья из металла;
б) методом полимеризации из светоотверждаемого композита;
в) методом литьевого прессования фарфора;
г) методом фрезерования каркаса из оксида циркония с последующим послойным нанесением и обжигом фарфора;
д) ультразвуковой конденсацией оксида алюминия с добавлением оксида циркония (каркас) с последующим обжигом, послойным нанесением и обжигом фарфора

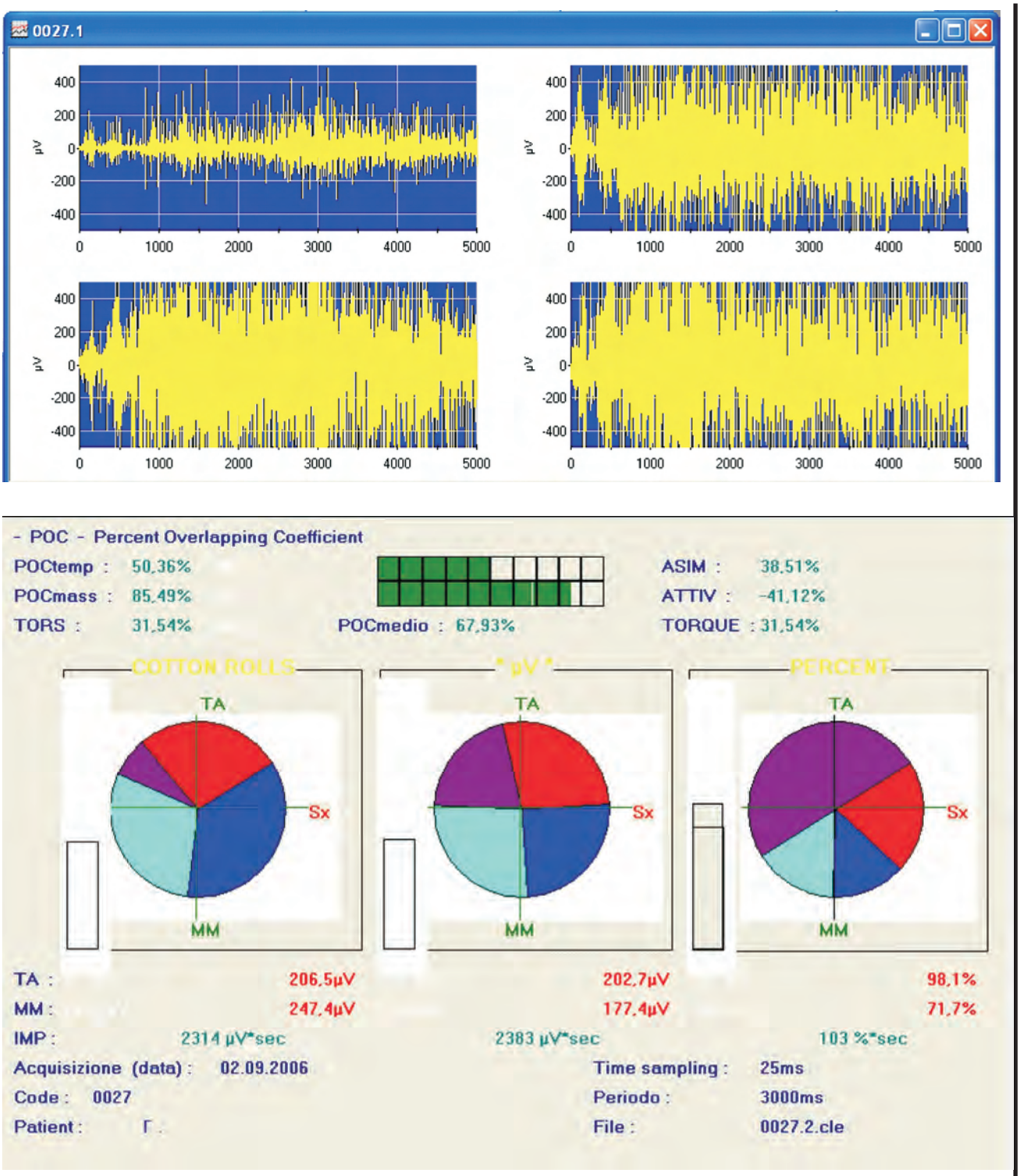


Рис. 2. Данные электромиографического исследования

основной группы. Наиболее часто данные указывали на асимметрию движений суставных головок при открывании и закрывании рта и при выдвижении нижней челюсти. Наблюдалось укорочение одного из суставных путей, девиация в ту или иную сторону. Записи готических углов характеризовались асимметричностью очертаний правого и левого компонентов (рис. 3).

Ортопедическое лечение пациентов основной группы проводилось с применением вкладок. Данные, полученные в ходе исследования с применением аппарата ARCUS digma, использовались при настройке артикулятора Protar 9. Для планирования объема восстановления применялась методика wax-up. Этап припасовки готового микропротеза сопровождался обязательным электромиографическим контролем. Эмпирическая окклюзионная коррекция, как правило, проявлялась наличием тех или иных отклонений на электромиограммах. Целенаправленное устранение окклюзионного дисбаланса согласно данным электромиографии позволило оптимизировать мышечный ответ на реконструктивные мероприятия.

Обсуждение результатов

Электромиографические исследования мышц челюстно-лицевой области, ультразвуковая регистрация

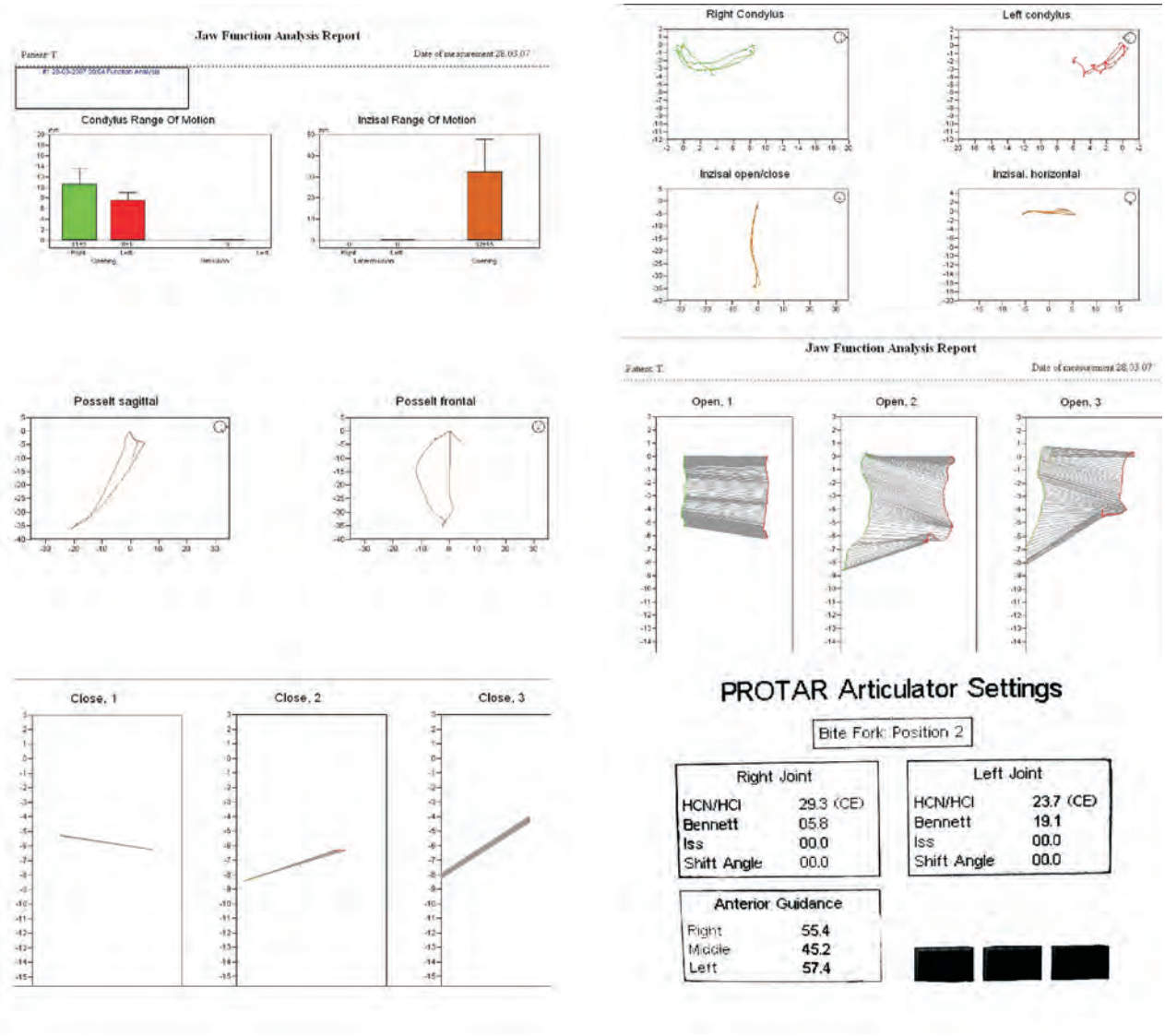


Рис. 3. Данные, полученные с помощью электронной системы регистрации движений нижней челюсти ARCUS digma

Рис. 4. Предварительное восковое моделирование объема планируемого восстановления

движений нижней челюсти с помощью аппарата ARCUS digma являются достаточно значимыми диагностическими методами при восстановлении разрушенной коронковой части многокорневых зубов. Тесная взаимосвязь зубного, мышечного и суставного компонентов окклюзии подтверждается данными проведенных исследований. Гармония окклюзионных взаимоотношений коррелирует со сбалансированностью работы жевательных мышц. Комфортное положение нижней челюсти в первую очередь диктуется мышцами и может быть определено с высокой точностью. Быстрота и прецизионность выявления изменений в функциональном состоянии мышц челюстно-лицевой области, объективная оценка функциональности окклюзии на этапах лечения делают электромиографию востребованной в повседневной стоматологической практике. Ультразвуковой анализ движений нижней челюсти с помощью аппарата ARCUS digma также является средством объективизации проводимого лечения. При малоинформативной клинической картине без специальной диагностики иногда бывает сложно выбрать метод коррекции окклюзии. Наши наблюдения показали, что при восстановлении окклюзионной поверхности жевательных зубов с помощью пломбирования наблюдаются различные отклонения от среднестатистических показателей синхронности мышечной активности, выявляемые при помощи электромиографии. Также мы наблюдали, что реставрация дефектов твердых тканей пациентов с синдромом болевой дисфункции ВНЧС без электромиографического контроля может приводить к увеличению жалоб у пациентов.

Электромиографический анализ сжатия зубов и жевания показал, что восстановление боковых зубов вкладками и композиционными материалами не является функционально эквивалентным. Нейромышечная координация при жевании у контрольной группы пациентов, где восстановление производилось композиционными материалами, уступала таковой у исследуемой группы пациентов, где применялись вкладки. У пациентов, у которых дефекты коронковой части боковых зубов были замещены пломбами, чаще наблюдались жалобы со стороны ВНЧС.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Манхарт Ю.* Всё, что вы хотели знать о цельнокерамических реставрациях: от виниров до мостовидных протезов на боковые зубы // LAB. – 2007. – № 2. – С. 4–16.

2. *Скорикова Л. А.* Диагностика и клиническое проявление парафункции жевательных мышц // Дентал Юг. – 2005. – № 4 (33).

3. *Хватова В. А.* Функциональная окклюзия в норме и патологии. – М.: Медицина, 1993. – 159 с.

4. *Ховат А. П.* Окклюзия и патология окклюзии. Цветной атлас: Пер. с англ. / А. П. Ховат, Н. Д. Капп, Н. В. Д. Баретт. – М.: изд. дом «Азбука», 2005. – 235 с.

5. *Цимбалистов А. В.* Современные методы диагностики и восстановления окклюзионных соотношений в клинике ортопедической стоматологии / А. В. Цимбалистов, Е. Е. Статовская // LAB. – 2005. – № 2. – С. 12–16.

6. *Чуйко А. Н.* Некоторые вопросы окклюзии и их биомеханический анализ // Новое в стоматологии. – 2004. – № 4. – С. 70–80.

7. *Шварц А. Д.* Биомеханика в стоматологии // Новое в стоматологии. – 2002. – № 1. – С. 60–70.

8. *Ferrario V. F., Sforza C., Serrao G., Colombo A., Schmitz J. H.* The effects of a single intercuspal interference on EMG characteristics of human masticatory muscles during maximal voluntary teeth clenching // J Craniomandib Pract. – 1999. – № 17.– P. 184–188.

9. *Ferrario V. F., Sforza C., Colombo A., Ciusa V.* An electromyographic investigation of masticatory muscle symmetry in normo-occlusion subjects // J Oral Rehabil. – 2000. – № 27. – P. 33–40.

10. *MacDonald J.* Relationship between occlusal contacts and jaw-closing muscle activity during tooth clenching: P. I / J. MacDonald, A. Hannam // J. Prosthet. Dent. – 1994. – Vol. 52. – P. 718–729.

Поступила 23.04.2009

Е. Е. ТЕКУЦКАЯ, В. В. ОНОПРИЕВ

АНТИОКСИДАНТНЫЕ СВОЙСТВА ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

ФГУ «Российский центр функциональной хирургической гастроэнтерологии Росздрава», Россия, 350029, г. Краснодар, ул. 1 Мая, 167. E-mail: tekytska@mail.ru

Определено нарушение антиоксидантных свойств желудочного секрета у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, которое включает изменение супероксидустраняющей активности и активности глутатионпероксидазы, а также уменьшение содержания цинка и меди в желудочном секрете. Данные результаты могут быть использованы в гастроэнтерологии для диагностики антиоксидантных свойств желудочного секрета и дифференцированного использования в лечении язвенной болезни препаратов, содержащих эссенциальные микроэлементы (медь и цинк), а также для мониторирования эффективности лечения.

Ключевые слова: желудочный секрет, антиоксидантные свойства, содержание цинка и меди.

E. E. TEKUTSKAY, V. V. ONOPRIEV

ANTIOXIDANT PROPERTIES OF GASTRIC SECRET AT THE GASTRIC AND DUODENUM ULCER

Russian Centre of Functional Surgacal Gastroenterology, Krasnodar

УДК 543.544.613.2:615.916