

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

На правах рукописи
УДК: 616.31+616.1/4-616-071-089.23-084

НИГМАТОВ РАХМАТУЛЛА

СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ С
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ:
ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА

14.00.21 - Стоматология

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Ташкент 2006

Работа выполнена в Ташкентской медицинской академии.

- Научный консультант:** доктор медицинских наук, профессор
Ирсалиев Х.И.
- Официальные оппоненты:** доктор медицинских наук, профессор
Рузуддинов С.Р
- доктор медицинских наук, профессор
Йулдашханова О.С.
- доктор медицинских наук, профессор
Убайдуллаев М.Б.
- Ведущая организация:** Центральный научно-исследовательский
институт стоматологии МЗ Российской
Федерации.

Защита диссертации состоится «____» _____ 2006 г. в _____ часов на заседании Специализированного Совета Д 087.01.02. при Ташкентской медицинской академии по адресу: 700047, Ташкент, ул. Мусаханова, 103.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Ташкентской медицинской академии.

Автореферат разослан «____» _____ 2006 г.

**Ученый секретарь
Специализированного совета,
Д.м.н., профессор**

Ш.Ю.Абдуллаев

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. В настоящее время перед стоматологией, являющейся одной из самых массовых специализированных служб, поставлены большие задачи по совершенствованию диагностики, профилактики и лечения заболеваний органов полости рта.

Заболевания органов полости рта характеризуются широким распространением, большим диапазоном клинических проявлений, частым сочетанием с другими заболеваниями организма, что придает этой проблеме общемедицинское и социальное значение (Епишев В.А., 1972; Зуфаров С.А., 1981, 1989; Лемецкая Т.И., 1998 и др.).

Многочисленные наблюдения и исследования стоматологов и интернистов свидетельствуют о наличии определенной взаимосвязи между патологией внутренних органов и систем организма с поражением органов полости рта (Агзамходжаев С.С., 1979; Иванов В.С., 1982; Данилевский Н.Ф., 1993; Рахматуллаев Ф.Т., 1993; Йулдошхонова А.С., 1996; Ибрагимов Т.И., 2001; Воложин А.И., 2002; Алимов А.С., 2005).

В свою очередь патологические процессы в тканях полости рта становятся очагами хронической инфекции и, нарушая многие функции зубочелюстной системы, приводят к ухудшению функции внутренних органов, обострению хронических заболеваний, формируя стойкий порочный круг (Епишев В.А., 1970; Агзамходжаев С.С., 1979; Рыбаков Г.С., с соавт., 1996).

Особую актуальность приобретает изучение патогенетических механизмов развития сочетанных поражений тканей полости рта и внутренних органов. От успешного решения этих вопросов зависит выбор методов патогенетической терапии и профилактики заболеваний органов полости рта у больных с заболеваниями внутренних органов (Сафаров Т.Х., 1986).

Необходимость в стоматологической помощи при общесоматических заболеваниях очень высока. Зубное протезирование должно являться неотъемлемой частью комплексной профилактики и лечения заболеваний внутренних органов. Квалифицированная стоматологическая помощь с учетом выбора стоматологического материала, конструкции зубного протеза и срока протезирования в зависимости от ремиссии основного заболевания является актуальной задачей современной стоматологии (Воробьева А.И., 1998; Тимофеева-Кольцова Т.П., Ирошникова Е.С., Сепиашвили Л.Л., 1999).

Планируя данную работу, мы исходили из концепции, что тяжесть патологии органов полости рта и прогрессирующее течение заболеваний внутренних органов, вероятно обусловлены нарушением микроциркуляции крови и обмена веществ, возникающего вследствие хронической патологии внутренних органов имеющего важное значение в метаболизме тканей полости рта.

Степень изученности проблемы. На основании многочисленных исследований доказано, что в патогенезе заболеваний тканей полости рта, в том числе пародонта, важную роль играют нарушения всех видов обмена

веществ организма. Непосредственная реализация системных дисметаболических процессов происходит на уровне микроциркуляции всех составляющих тканевых структур. Вопросы точной диагностики и прогнозирования дальнейших изменений в тканях челюстно-лицевой области становятся наиболее актуальными при наличии у пациентов общесоматических заболеваний, влияющих на регионарную гемодинамику (Иванов В.С., 1989; Ибрагимов Т.И., 2001; Воложин А.И., 2002; Алимов А.С., 2005).

Значение общей реактивности организма в патогенезе заболевания органов полости рта недостаточно подтверждено результатами комплексных специальных исследований. Особенности стоматологической помощи, в том числе, зубного протезирования при наличии сопутствующих общих заболеваний организма остаются до конца не разработанными (Зуфаров С.А., 1989; Эшов Н.Р., Бахрамов С.М., 2000).

Связь диссертационной работы с тематическим планом НИР. Работа выполнена в соответствии с планом научно-исследовательской работы Ташкентской медицинской академии (№ гос. регистрации 01040026).

Цель исследования: изучить у больных с заболеваниями внутренних органов клиничко-функциональные изменения тканей полости рта, совершенствовать их диагностику, лечение и профилактику.

Задачи исследования

1. Выявить комплексными клиничко-функциональными исследованиями наиболее характерные особенности изменений слизистой полости рта при гипертонической болезни (ГБ), сахарном диабете (СД), хроническом гломерулонефрите (ХГН) и железодефицитной анемии (ЖДА).

2. Определить диагностическую и прогностическую значимость клиничко-стоматоскопических, функциональных, рентгенологических, морфологических и иммунологических исследований тканей полости рта для раннего выявления заболеваний зубочелюстной системы и их взаимосвязь с патологией внутренних органов.

3. Изучить особенности микроциркуляции крови слизистой оболочки полости рта и минеральную насыщенность костной ткани челюстей при заболеваниях тканей пародонта у больных с общей патологией.

4. Изучить на основании морфологических и иммунологических исследования состояние барьерно-защитной функции слизистой оболочки полости рта у больных с фоновой патологией.

5. Усовершенствовать комплексное лечение и профилактику заболеваний органов полости рта; определить оптимальный характер зубного протезирования с учетом общесоматической патологии. Выявить специфику и обосновать тактику ортопедического стоматологического лечения с учетом клиники основного заболевания.

6. Разработать и апробировать в клинике компьютерную программу для ПЭВМ, позволяющую индивидуально оценить клиничко-функциональное состояние органов полости рта, контролировать эффективность лечебно-профилактических мероприятий и обеспечивать индивидуальный подход к выбору лечебно-профилактических средств.

Научная новизна

В работе дана комплексная оценка стоматологического статуса у больных с гипертонической болезнью, сахарным диабетом, хроническим гломерулонефритом и железодефицитной анемией, выявлены особенности течения основных стоматологических заболеваний.

Выявлены и систематизированы наиболее характерные клинические особенности изменений органов полости рта при общей патологии, которые должны учитываться врачами-стоматологами с целью ранней диагностики хронической патологии и проведения своевременной целенаправленной терапии и профилактики поражений органов полости рта и внутренних органов.

Статистически достоверно установлено, что такие хронические заболевания организма, как ГБ, СД, ХГН и ЖДА увеличивают распространенность процесса и тяжесть заболеваний тканей пародонта. С нарастанием тяжести и длительности основного заболевания возрастает частота и осложняется течение заболевания пародонта.

Заболевания внутренних органов оказывают многофакторное влияние на развитие стоматологических заболеваний, что стирает возрастные особенности течения патологических процессов.

На основании морфологических и иммунологических исследований определено состояние барьерно-защитной функции слизистой оболочки полости рта у данной категории больных.

Для эффективного лечения заболевания СОПР и пародонта у больных ГБ, СД, ХГН и ЖДА впервые научно обоснованы рекомендации дифференцированной стоматологической тактики зубного протезирования.

Разработана компьютерная программа, позволяющая оценивать клиничко-функциональное состояние органов полости рта и оптимизировать индивидуальный выбор лечебно-профилактических мероприятий, контролировать их эффективность.

Научная и практическая значимость результатов исследования

Результаты проведенных комплексных исследований расширяют представления специалистов об аспектах патогенеза, диагностики, лечения и профилактики стоматологических заболеваний у больных с ГБ, СД, ХГН и ЖДА.

Предложены комплексные схемы диагностики и дифференцированной тактики стоматологического лечения больных с внутренней патологией в зависимости от клиники основного заболевания.

Разработана дифференцированная тактика стоматологического лечения данных больных, что позволит повысить эффективность лечебно-профилактической помощи больным с ГБ, СД, ХГН и ЖДА.

Для обследования стоматологических больных разработано и предложено для практического применения устройство определению степени подвижности зубов. При препарировании зубов рекомендовано использовать устройство к прямому наконечнику, регулирующее скорость вращения инструмента, а также приспособление к стоматологическому наконечнику дозирующее давление инструмента на препарируемый зуб, что предохраняет

препарируемые зубы от перегрева пульпы, развития механического и термического пульпита.

При ортопедическом лечении стоматологических больных с общесоматической патологией рекомендован способ профилактики перегрузки опорных зубов при изготовлении консольных зубных протезов, а также способ протезирования больных с ослабленной периодонтальной тканью; разработан и предложен съемный зубной протез новой конструкции.

При выборе несъемных конструкции зубных протезов разработаны метод математического моделирования и диалоговая компьютерная программа «Стоматолог» для ПЭВМ.

Разработанная компьютерная программа позволяет оценивать клинико-функциональное состояние органов полости рта, оптимизировать индивидуальный выбор лечебно-профилактических мероприятий, контролировать их эффективность.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту

1. Клиническое течение заболеваний СОПР и тканей пародонта находится в прямой зависимости от гемодинамических нарушений крупных сосудов (ГБ), микрососудов (СД) и регионарного нарушения кровотока (ХГН). При этом тяжесть патологического процесса в полости рта зависит от степени тяжести и длительности основного заболевания.

2. Заболевания СОПР и тканей пародонта на фоне ГБ и СД сопровождаются более глубокими сосудистыми нарушениями, снижением резистентности тканей полости рта, развитием воспалительно-дистрофических процессов и резорбцией костной ткани, чем при ХГН и ЖДА.

3. В основе морфологических изменений СОПР у больных с сочетанными поражениями тканей полости рта и внутренних органов лежат деструктивные, сосудистые и инфильтративные процессы со значительным увеличением плотности клеточных элементов и глубокими нарушениями барьерно-защитной функции полости рта. Степень выраженности морфологических и иммунологических изменений взаимосвязана с клиническими формами заболеваний тканей полости рта и степенью тяжести основного заболевания.

4. Лечение и профилактика заболеваний СОПР и пародонта у больных с общесоматической патологией должно быть комплексным, дифференцированным, с учетом стоматологического и общего статуса. Особенно это относится к проведению ортопедических стоматологических вмешательств.

5. Компьютерная программа «СТОМАТОЛОГ» позволяет адекватно оценивать степень поражения органов полости рта, контролировать эффективность применения ортопедических конструкций зубных протезов и осуществлять индивидуальный подход к выбору лечебно-профилактических зубных протезов.

Реализация результатов

Основные положения диссертационной работы внедрены в практику клиники и кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии

Ташкентской медицинской академии, кафедры стоматологии института усовершенствования врачей РУз, стоматологических поликлиник г.Ташкента.

Материалы диссертации используются при обучении студентов стоматологического факультета Ташкентской медицинской академии.

Апробация работы

Основные положения диссертации доложены на заседании кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии Ташкентской медицинской академии (Ташкент, 2003, 2005); международной конференции стоматологов Узбекистана (Бухара, 1997); заседаниях Ассоциации стоматологов Узбекистана (Ташкент, 2000; 2004); международной научной конференции в г. Москве (Москва, апрель 2001); международной конференции в Республике Казахстан (Чимкент, сентябрь 2001); научных форумах «Новые технологии в стоматологии» (Алматы, май 2002-2006); на международной научно-практической конференции в Мальте (Мальта, сентябрь 2002); международной научно-практической конференции, посвященной 50 летию стоматологического факультета (Ташкент, сентябрь 2004); 1-ом Ташкентском международном научно-практическом Форуме стоматологов «Актуальные вопросы современной стоматологии», в рамках 1-й Узбекской международной выставки «Стоматология Узбекистана-2005» (Ташкент, апрель 2005); V съезде стоматологов Узбекистана (Ташкент, ноябрь 2005); межкафедральной конференции терапевтической, хирургической, ортопедической стоматологии и внутренних болезней Ташкентской медицинской академии (Ташкент, март 2006); научном семинаре в Ташкентском институте усовершенствования врачей (Ташкент, май 2006).

Публикация результатов

По материалам диссертационной работы опубликованы 57 научных работ, в том числе 2 монографии, 4 патента РУз, 36 журнальных статей, 4 тезиса, 5 методических рекомендаций, 6 удостоверений на рационализаторские предложения.

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на 245 страницах компьютерного текста. Включает введения, 7 глав, обсуждение полученных результатов, выводы, практические рекомендации и библиографический указатель, который содержит 395 отечественных (СНГ) и 99 зарубежных источников. Работа иллюстрирована 43 таблицами и 39 рисунками.

Данные исследований статистически обработаны по методу Стьюдента-Фишера с помощью ЭВМ.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Характеристика клинического материала и методов исследований

Материалом исследования послужили результаты обследования и лечения 311 больных в возрасте от 17 до 78 лет с заболеваниями внутренних органов в клиниках внутренних болезней и на кафедре ортопедической стоматологии и ортодонтии Ташкентской медицинской академии и в НИИ гематологии и переливании крови Республики Узбекистан с 1995 по 2003 гг.

Из 311 больных было 102 мужчин (32,8%) и 209 женщин (67,2%) с длительностью основного заболевания от 1 до 26 лет.

Общесоматический диагноз ставился кардиологом, эндокринологом, нефрологом, гематологом на основании осмотра и результатов соответствующих функциональных и лабораторных исследований.

Из 311 обследованных 95 (30,55%) страдали гипертонической болезнью, 102 (32,80%) - сахарным диабетом, 47 (15,11%) - хроническим диффузным гломерулонефритом и 67 (21,54%) - железодефицитной анемией.

Группу сравнения (контрольная) составили 192 человека без фоновой патологии в возрасте от 17 до 66 лет. Из них мужчин – 71 (36,98%), женщин – 121 (63,02%); с интактным зубным рядом -51 (26,56%) и частичным отсутствием зубов – 141 (73,44%) пациент.

Возрастной и половой состав больных представлен в рисунке № 1.

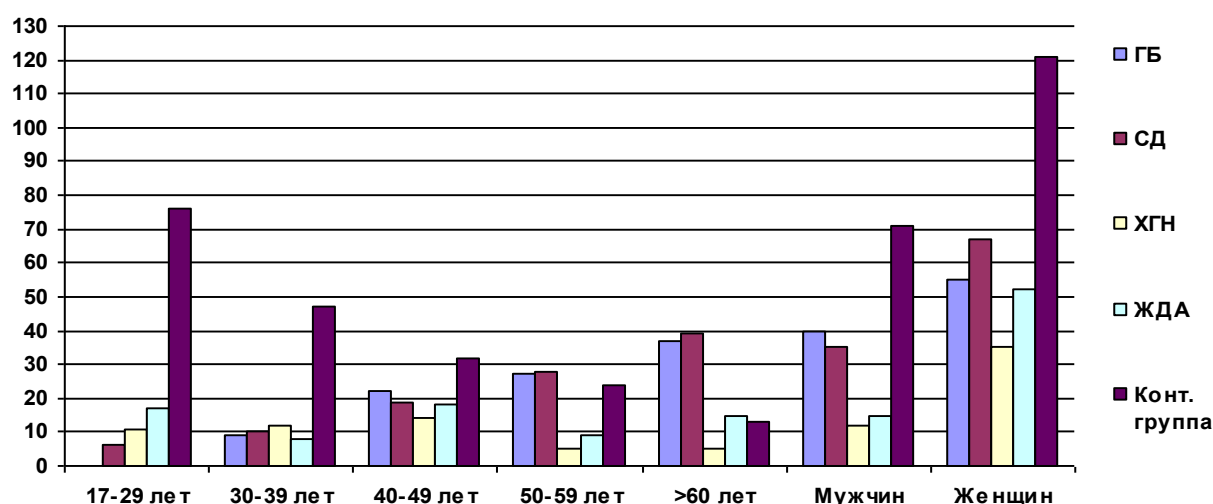


Рис. 1. Распределение обследованных больных по возрасту и полу

План обследования включал оценку общего состояния больных (заключение специалистов) и состояния органов полости рта (заключение стоматолога).

Лабораторное исследование включало бактериоскопическую, цитологическую диагностику, общий анализ крови и мочи по общепринятой методике.

Всего были обследованы 503 пациента, из них 313 (62,23%) оказана комплексная стоматологическая, в том числе ортопедическая помощь. Зубные протезы изготавливались по общепринятой и методике, разработанной нами (патент Республики Узбекистан № 2582 от 11.07.05).

При диагностике заболеваний слизистой оболочки полости рта мы придерживались классификации А.И.Рыбакова и Г.Н.Банченко (1978), а протезных стоматитов - классификацией С.А.Зуфарова (1981).

Для более детального изучения СОПР проводилось стоматоскопическое исследование при помощи люминесцентного фотодиагностоскопа (модель-611) и операционного микроскопа (модель-178), увеличивающего объекты наблюдения от 4 до 25 раз.

При обследовании зубов обращали внимание на их цвет, форму, положение в зубном ряду, состояние целостности твердых тканей. Определяли наличие зубных отложений, состояние зубов и зубных рядов, наличие преждевременных окклюзионных контактов и травматической окклюзии. Выясняли причины потери зубов, интенсивность кариеса, оголение шеек, подвижность. Особенно внимательно изучалось состояние слизистой оболочки протезного ложа, его костная основа с определением степени и типа атрофии альвеолярных отростков по классификации В.Ю.Курляндского (1977).

Болезни пародонта классифицировали согласно рекомендации XVI Пленума Всесоюзного общества стоматологов (Ереван, 1983).

У больных, пользующихся зубными протезами, определяли их состояние, качество, гигиеническое состояние, наличие налетов на протезах, характер конструкции и давность их изготовления, а также состояние опорных зубов и подлежащей слизистой оболочки протезного ложа.

Степень выносливости пародонта зубов и выбор рациональной конструкции зубных протезов определяли с применением электронного гнатодинамометра М.В.Бекметова и Т.А.Хаджиметова (1992).

При определении подвижности зубов мы пользовались прибором собственной конструкции (патент РУз № 3721, 3N1HDP 9500571.1).

Степень микроциркуляции ткани пародонта оставшихся зубов и слизистой оболочки на месте дефекта зубного ряда определяли с помощью реографа. Реографию проводили по тетрополярной методике с помощью реоплетизмографа РПГ-202 и самописца Н-338-4М. Синхронно с реографией записывали ЭКГ во II стандартном отведении и реограмму (РГ) периферических сосудов пальца руки, по методике Логиновой Н.К. и соавт.(1980). При этом мы использовали специальное фиксирующее устройство и электроды, разработанные сотрудниками нашей кафедры К.Б.Мавляновым и И.Н.Залевским (1987). Запись вели при скорости движения ленты 25 мм/с и 50 мм/с, калибровочный сигнал - 0,1 Ом, в среднем, был высотой $6,0 \pm 2$ мм.

Реопародонтографические исследования проведены 276 больных с частичными дефектами зубных рядов и 51 практически здоровому под воздействием жевательной нагрузки. Все 327 реограмм были подвергнуты количественному и качественному анализу по методике, разработанной в ЦНИИС А.А. Прохончуковым с соавт. (1991).

Для изучения реактивности микрососудов пародонта также проводили лазерную доплеровскую флоуметрию (ЛДФ) лазерным анализатором капиллярного кровотока «ЛАКК-01» (производство НИИ «Лазма»).

Состояние твердых тканей зубов, костных структур межальвеолярных перегородок, ширины периодонтальной щели определяли рентгенологическими исследованиями. В основном выполняли дентальные снимки на аппарате с блоком 5Д2, пульт "Minorex"(Франция).

Для получения ортопантограммы использовали рентгеновский аппарат фирмы «SIEMENS», доза - 76-KW, экспозиция - 19 с, время проявки - 6-8 минут. По рентгеновским снимкам на четырех точках нижней

челюсти (ветвь, угол нижней челюсти, Foramen mentalis и на альвеолярном отростке) проводили денситометрию аппаратом «DENSITY» фирмы «SIEMENS». Устанавливалась оптическая плотность изображения исследуемых участков кости, которую сравнивали с оптической плотностью изображения - индикатора качества.

Всего произведено 545 дентальных и 89 панорамных рентгеновских снимков больным с общесоматическими заболеваниями и дефектами зубных рядов.

Для измерения температуры слизистой оболочки полости рта и изучения степени нагревания твердых тканей зуба во время препарирования использован предложенный нами «Электронный термометр стоматологический – ЭТС-1» (удостоверение на рационализаторское предложение №1015 Первого ТашГосМИ от 23.02.89 г).

В ходе исследований выполнены 186 измерений температуры твердых тканей зубов и более 580 измерений точек слизистой оболочки полости рта.

Морфологические исследования проводили на кафедре гистологии Таш.мед.академии. Материал для морфологических исследований получали путем микробиопсии из десны во время хирургической подготовки полости рта к зубному протезированию. Полученный материал фиксировали в 4% растворе нейтрального формалина на фосфатном буфере (рН 7,2-7,4), заливали в парафин по Лойду с соавт. (1982). Из полученных блоков готовили серийные срезы, которые окрашивали гематоксилином и эозином.

Для оценки специфической защиты полости рта определяли уровень секреторного иммуноглобулина А (SIgA) по методу Manchini et al. (1965).

Для определения фагоцитарной активности нейтрофилов в слюне забор и обработку слюны проводили по методу М.А.Темирбаева (1989).

Для определения активности лизоцима в слюне использовали модифицированный способ забора слюны, предложенный Ш.Р.Алиевым и Д.А.Умаровой (1996).

Иммунологические исследования проводили на кафедре микробиологии и иммунологии Таш.мед.академии.

Все материалы клинического, функционального и лабораторного исследований были подвергнуты статистической обработке по методу Стьюдента-Фишера, с применением ЭВМ типа IBM/PC в НУЦ Ташкентской медицинской академии. В исследовании были использованы графическая и статистическая программа «ДИАСТА» фирмы «ИМБРИС» (Калининград, 1991) и «Statgrat».

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты проведенных клинико-стоматоскопических исследований твердых тканей зубов у больных с фоновой патологией показало высокую степень интенсивности кариеса.

Количество удаленных зубов у больных сахарным диабетом преобладало по сравнению с контрольной группой (в среднем, у одного больного сахарным диабетом $7,3 \pm 0,5$; в контрольной группе – $3,94 \pm 0,2$), что свидетельствует о более низком охвате данного контингента своевременной стоматологической помощью.

Выявлена значительная распространенность заболевания пародонта: при гипертонической болезни – 91,6%, при сахарном диабете – 94,1%, при ХГН – 83,0 % (52,4% в контроле). Воспалительно-дистрофические процессы тканей пародонта чаще наблюдали при поражении мелких кровеносных капилляров – 94,1 % поражений при СД (рис. 2).



Рис.2. Индекс КПУ и патология тканей пародонта в зависимости от основного заболевания

Установлено, что новые очаги кариеса и воспалительно-дистрофических процессов в пародонте возникают и одинаково тяжело протекают у больных всех возрастов, приводя к множественной потере зубов. Тяжесть и частота поражения твердых тканей зубов и пародонта привели к нарушению целостности зубных рядов у 94,7% больных ГБ, у 86,27% больных СД, 72,3% больных ХГН и 85,1% больных ЖДА.

При обследовании 139 больных у 104 (74,8%) имеющиеся несъемные зубные протезы были признаны негодными или условно годными и нуждались в коррекции и переделке. У 82 (58,9%) установлены пролежни из-за давления промежуточной частью и краями протеза на подлежащие ткани. А из 105 больных у 77,4% имеющиеся съемные конструкции зубных протезов признаны негодными и также нуждались в коррекции и перебазировке. У 64 больных (60,9%) стоматоскопическими исследованиями выявлены различные формы протезных стоматитов. Видимо, выявленные патологические изменения являются результатом влияния общесоматической патологии на зубы и ткани протезного ложа.

Таким образом, все больные с заболеваниями внутренних органов на день обследования нуждались в комплексном стоматологическом лечении; из них от 80% до 92% больных - в зубном протезировании, и в том числе - избирательной шлифовке твердых тканей зубов и их шинировании, а также переделке старых зубных протезов.

Статистическая обработка клинического материала показала, что распространенность и тяжесть заболеваний СОПР и пародонта достоверно связаны с тяжестью и давностью основного заболевания, как ГБ, СД, ХГН, а у больных с ЖДА такая связь с давностью заболевания отсутствует.

Длительность основного заболевания, если и не является ведущим патогенетическим фактором, то утяжеляет патологический процесс в тканях пародонта. Так, например, с увеличением длительности заболевания до 6-10 и более лет преобладает средняя и тяжелая степень поражения пародонта (рис.3).

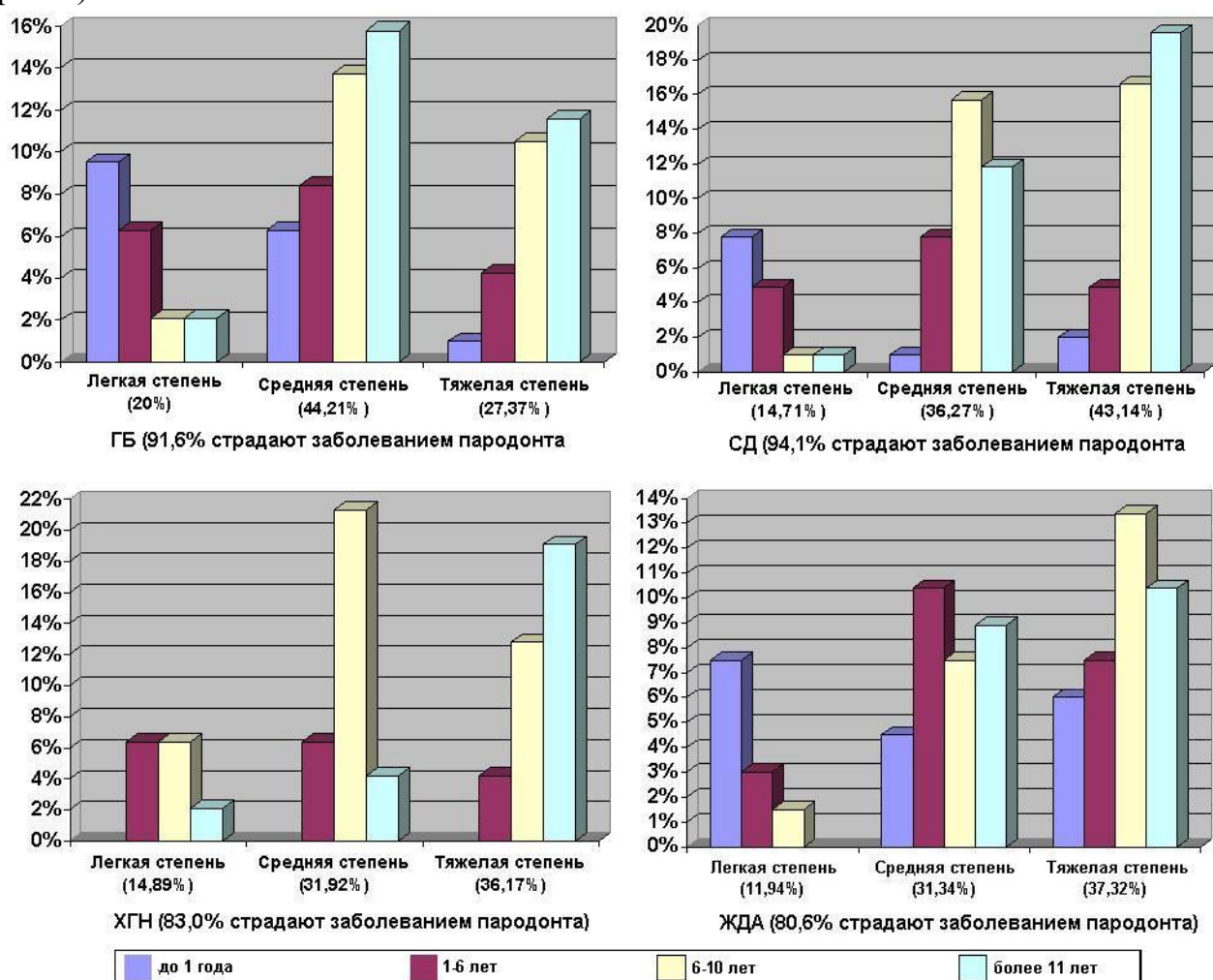


Рис.3. Распределение больных в зависимости от длительности основного заболевания и степени тяжести болезней пародонта

Локализации и степень поражения слизистой оболочки полости рта у больных с заболеваниями внутренних органов имели свои особенности (рис.4). Стоматоскопические наблюдения СОПР свидетельствуют о том, что при сахарном диабете поражения сосудов более мелкого калибра вызывают гипертрофию сосочков маргинального пародонта, налеты на поверхности спинки языка с отпечатками зубов по её краю.

Кровоизлияние и отек СОПР, появление отпечатков зубов на щеке и на тыльной поверхности языка чаще наблюдаются у больных с ХГН и ГБ в разгар основного заболевания. А у больных с ЖДА более часто встречались сухость, шелушение губ и афты на слизистой. Эти изменения должны учитываться при планировании комплексного метода стоматологического лечения, в частности, при подготовке полости рта к протезированию, при

определении сроков протезирования и при выборе конструкции, материала и режима пользования зубными протезами.

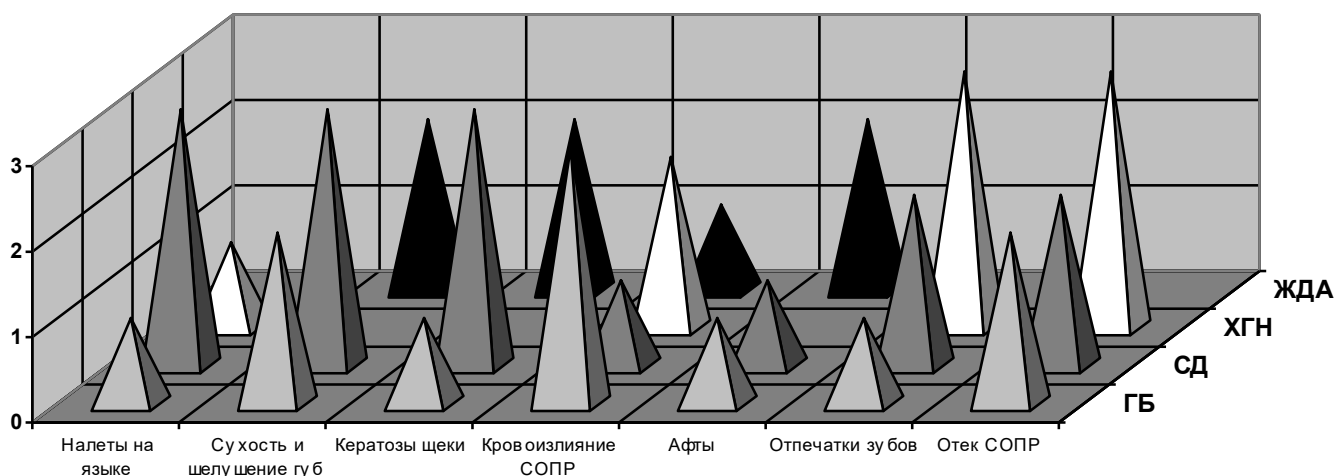


Рис.4. Локализации и степень поражения слизистой оболочки полости рта у больных с заболеваниями внутренних органов

При изучении микроциркуляции крови у больных с ГБ выявлено нарушение эластичности сосудов, понижение реографического индекса (РИ), увеличение индекса периферического сопротивления (ИПС) и показателя тонуса сосудов (ПТС).

При этом реографическая кривая характеризуется резким повышением ее амплитуды и горбовидной восходящей частью. Вершина реографической кривой притупленная, слабо выражена дикротическая волна, она смещена к вершине реограммы. Все эти показатели свидетельствуют о повышении тонуса стенок сосудов у больных с ГБ. В конце нисходящей части реограммы наблюдали слабо выраженные пресистолические волны, свидетельствующие о затруднении венозного оттока. По всей видимости, такое ухудшение кровоснабжения связано с нарушением функции микрососудов артериального и венозного звеньев у больных с сердечно-сосудистыми нарушениями.

Показатели микроциркуляции крови зависели от степени тяжести основного заболевания (таблица 1). Так, у больных с ГБ второй стадии показатель тонуса сосудов (ПТС) был равен $16,7 \pm 1,76\%$, индекс периферического сопротивления (ИПС) – $94,6 \pm 3,43\%$. А у больных с гипертонической болезнью третьей стадии ПТС был равен $22,8 \pm 2,44\%$, ИПС – $102,9 \pm 5,12\%$ и РИ – $0,067 \pm 0,015$ (P<0,001).

Реопародонтографией (РПГ) у пациентов с СД выявлено нарушение эластичности сосудов, понижение реографического индекса. В отличие от контрольной группы реографическая кривая также характеризуется резким повышением амплитуды, вершина притупленная. Дикротическая волна выражена очень слабо, смещена к вершине реограммы, а в некоторых случаях совпадала с вершиной, что еще раз подтверждает глубокое нарушение капиллярного кровотока.

Таблица 1

Показатели РПГ при различной степени тяжести у больных с гипертонической болезнью (M±m)

Группа обследованных	Число обс-нных	Показатели реопародонтографии			
		РИ (ом)	ИПС (%)	ПТС (%)	P > <
Контрольная	51	0,090±0,002	81,9±5,03	13,8±2,26	
Больные I стадии болезни	3	0,089±0,033	88,3±3,01	15,5±3,02	0,05
Больные II стадии болезни	22	0,074±0,008	94,6±3,43	16,7±1,76	0,001
Больные III стадии болезни	7	0,067±0,015	102,9±5,12	22,8±2,44	0,05

Реография у больных ХГН имела некоторые особенности по сравнению с пациентами контрольной группы: восходящая часть кривой становилась более полой, вершина иногда закруглялась, дикротический зубец сглаживался незначительно и смещался к вершине, что свидетельствует о местных нарушениях кровообращения в тканях пародонта и протезного ложа.

У больных ЖДА восходящая часть амплитуды реографической кривой была крутой, дикротическая волна располагалась в средней трети кривой. Дикротическая волна РПГ по сравнению с контрольной группой имела некоторую сглаженность (таблица 2).

Таблица 2

Реопародонтографические данные больных с заболеваниями внутренних органов (M±m)

Форма заболеваний	Число обс-нных	Показатели реопародонтографии			
		РИ (ом)	ИПС (%)	ПТС (%)	P < >
Гипертоническая болезнь	32	0,074±0,008	104,6±3,43	19,7±1,76	>0,001
Сахарный диабет	26	0,071±0,003	113,2±5,62	22,5±2,01	<0,01
Хронический гломерулонефрит	28	0,080±0,008	94,9±4,03	20,3±1,88	<0,05
Железодефицитная анемия	23	0,089±0,033	88,3±3,01	15,5±3,02	<0,05
Контрольная	51	0,090±0,002	81,9±5,03	13,8±2,26	

РПГ показатели нарушения микроциркуляции пародонта наиболее выражены в стадии обострения основного заболевания, а также у больных, которые длительное время страдают этим заболеванием.

У больных сахарным диабетом исследования состояния

микроциркуляции крови в тканях пародонта показали изменения всех показателей ЛДФ-граммы в сторону снижения. Степень этих снижений находилась в прямой зависимости от длительности заболевания и типа СД. Наиболее глубокие изменения состояния капиллярного кровотока в области десны были отмечены у больных с длительностью заболевания более 10 лет. Так, например, показатель микроциркуляции (ПМ) СД, в среднем, был равен $9,8 \pm 2,5$ усл.ед., а у больных с длительностью основного заболевания более чем 10 лет ПМ был $6,73 \pm 0,72$ усл.ед.

При сопоставлении данных гнатодинамометрии и рентгенограмм зубных рядов в 80% случаев не выявлена пропорциональная зависимость между степенью атрофии костной ткани альвеолярных отростков челюстей и степенью выносливости пародонта к давлению. Наблюдение за показателями гнатодинамометрии через месяц и год после фиксации протезов свидетельствовали об отсутствии достоверного их изменения (различие в показателях было не более 3,0 единиц измерения - $p < 0,05$) и клинических признаков перегрузки пародонта опорных зубов.

Рентгеноденситометрическое исследование у общесоматических больных показало ее более низкую минеральную насыщенность, чем у лиц без фоновой патологии. Особенно выраженные изменения были на альвеолярном отростке нижней челюсти (рис. 5).

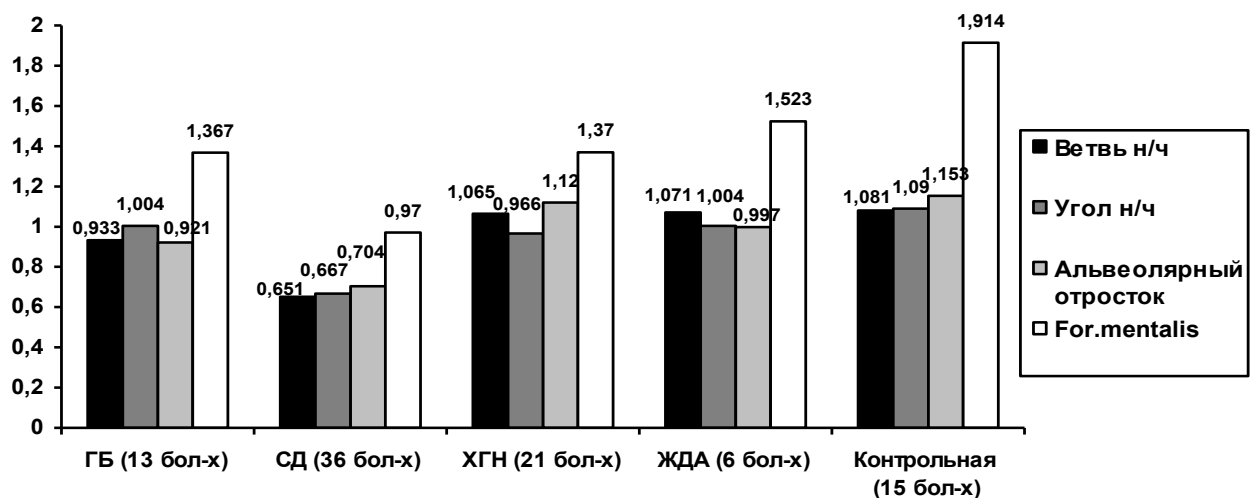


Рис.5. Результаты денситометрии костной ткани нижней челюсти у больных с различными заболеваниями внутренних органов

Так, у больных СД и ГБ минеральная насыщенность была на порядок ниже ($0,704 \pm 0,0028$ мг/мм³; $0,921 \pm 0,0024$ мг/мм³, соответственно, $P < 0,01$), чем в контроле ($1,153 \pm 0,0092$ мг/мм³).

У больных СД, ГБ и ХГН наблюдали уменьшение плотности альвеолярного отростка нижней челюсти, что свидетельствует о глубоком нарушении микроциркуляции крови и обмена веществ на фоне хронической патологии внутренних органов.

Изучение барьерно-защитной функции органов полости рта имеет большое практическое значение в клинике ортопедической стоматологии.

Нормальные показатели структуры СОПР в области альвеолярного гребня и при дефектах зубных рядов у больных без фоновой патологии довольно хорошо изучены (Х.И.Ирсалиев, 1994). В настоящей работе мы изучали этот вопрос у стоматологических больных с сочетанными заболеваниями внутренних органов.

Морфологические исследования биопсийного материала показали, что у больных с ГБ наблюдался выраженный отек и лимфогистоцитарная инфильтрация подлежащей стромы, усиленная ее васкуляризация с наличием периваскулярных инфильтратов, местами - диапедез эритроцитов. Отмечено расширение просвета одних сосудов с их кровенаполнением и сужение других с утолщением стенок. Коллагеновые волокна часто огрубевшие и дезориентированы. В шиповатом слое эпителия имел место умеренно выраженный акантолиз, встречались клетки с перинуклеарным отеком. Клетки шиповатого слоя отличались полиморфизмом.

У больных СД фиброзная форма гипертрофического гингивита проявлялась пролиферацией соединительно-тканых элементов десневых сосочков, огрубением коллагеновых волокон, явлениями паракератоза.

У пациентов с ХГН на гистологических препаратах отмечали истончение эпителиального слоя, вакуолизацию эпителиальных клеток, клеточную инфильтрацию с преобладанием макрофагов и лимфоцитов.

У больных ЖДА в соединительно-тканной основе слизистой полости рта наблюдали расширение артериол и венул, скопление лимфоцитов, полиморфноядерных нейтрофилов, плазматических и тучных клеток в виде отдельных инфильтратов по ходу сосудов или сплошных полей.

Изучение таких неспецифических факторов защиты полости рта, как уровень лизоцима, фагоцитарный показатель лейкоцитов и количество секреторного иммуноглобулина А в слюне, показало их высокий дефицит (рис. 6).

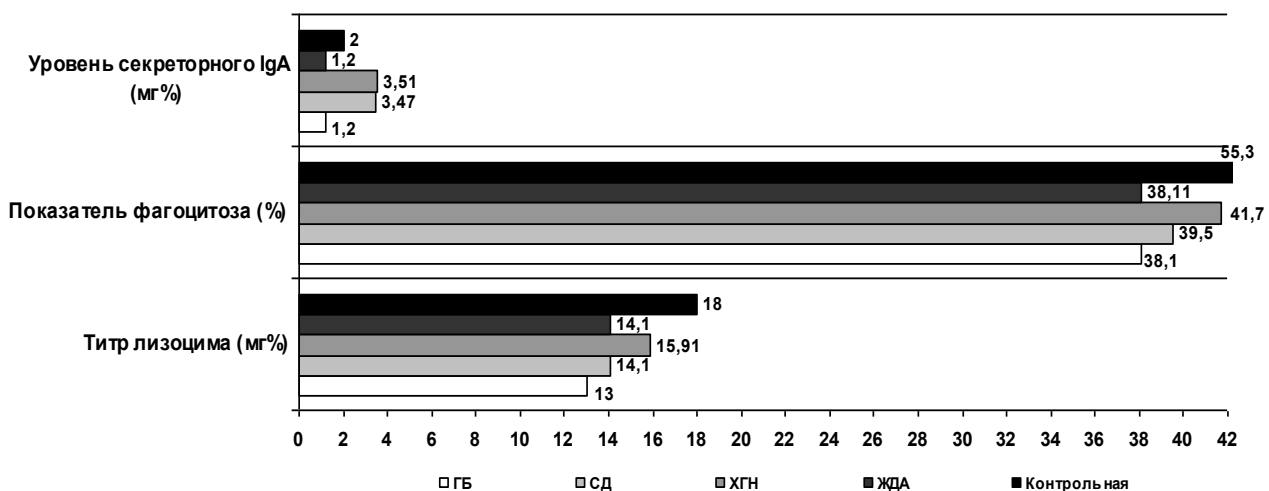


Рис.6. Показатели неспецифических факторов защиты полости рта

Наряду со снижением уровня лизоцима, фагоцитарной активности лейкоцитов у больных СД и ХГН наблюдали повышение уровня

секреторного иммуноглобулина А, который составил $3,47 \pm 0,17$ мг% и $3,51 \pm 0,22$ мг%, соответственно, при норме $2,00 \pm 0,10$ мг%. Очевидно, именно секреторные иммуноглобулины обеспечивают местную защиту полости рта, так как остальные факторы утратили или существенно снизили свои защитные способности.

Для облегчения обработки клинико-диагностической информации нами разработана диалоговая медицинская информационная компьютерная программа "Стоматолог", которая в значительной мере повысила качество, эффективность диагностики и лечения стоматологических больных с заболеваниями внутренних органов.

Автоматизированная обработка результатов исследования позволила выявить не только частоту и характер поражения твердых тканей зубов, слизистой оболочки полости рта, но и их зависимость от формы заболевания, показателей лабораторных анализов, применяемого лечения; выделить топографо-анатомические особенности поражения твердых и мягких тканей полости рта, провести сравнительную оценку полученных результатов.

Полученные данные убедительно свидетельствуют о большом влиянии фоновой патологии на развитие и течение заболеваний тканей полости рта и необходимости работы стоматологов в тесном сотрудничестве со смежными специалистами: терапевтами, кардиологами, эндокринологами, гематологами, нефрологами и другими.

Только точная диагностика стоматологического и фонового заболевания позволит правильно определить комплекс лечебных мероприятий и провести их с наилучшими результатами для больных.

Основой современного оказания стоматологической помощи является принцип комплексности. Применительно к больным с заболеваниями внутренних органов соблюдение принципа комплексности становится наиболее важным, так как стоматологические мероприятия проводятся этим пациентам на фоне отягощенного соматического состояния, в условиях нарушенной микроциркуляции крови в тканях полости рта, сниженного гуморального и клеточного иммунитета, понижения регенерационной способности тканей.

Качественная клинико-функциональная оценка свидетельствует о значительной взаимосвязи между состояниями тканей зубов, пародонта, СОПР и заболеваниями внутренних органов. Исходя из коэффициента взаимосвязи клинического состояния пародонта с заболеваниями внутренних органов, обследуемых можно отнести к той или иной группе риска. Данные проведенных исследований позволили нам более целенаправленно планировать комплекс профилактических и лечебных мероприятий.

Особенности протезирования и ортопедического лечения заболеваний пародонта у больных с фоновой патологией.

У пациентов с фоновой патологией зубное протезирование составляло часть общего плана комплексной подготовки и лечения патологии зубочелюстной системы и определялось с учетом особенностей поражения тканей ротовой полости.

После проведенного комплексного обследования (схема 1) все больные получали курс пародонтологического лечения. В зависимости от вида прикуса, состояния твердых тканей зубов, величины и локализации дефектов зубных рядов, состояния тканей пародонта мы проводили различные ортопедические вмешательства: избирательную пришлифовку зубов, ортопедическое исправление положения зубов и зубных рядов, шинирование подвижных зубов и протезирование дефектов (схема 2).

Для нормализации окклюзии избирательное пришлифовывание зубов проведено 52 больным механическим, а 34 больным - химическим способом по нашей методике (рационализаторское предложение № 2117 от 03.04.05) в стадии ремиссии пародонтита. При появлении повышенной чувствительности твердых тканей мы рекомендовали покрывать сошлифованные участки зубов фторлаком, ремодентом.

Наши клинико-функциональные исследования показали, что от 82 до 98% больных с ГБ, СД, ХГН и ЖДА нуждаются в ортопедическом стоматологическом лечении.

По величине и локализации дефектов зубных рядов в несъемных конструкциях зубных протезов чаще нуждались больные ЖДА, затем ГБ, далее больные ХГН и СД. По частоте необходимости в съемных конструкциях зубных протезов отмечается обратная последовательность. Она растет по мере увеличения длительности страдания внутренними заболеваниями.

Протезирование больных с заболеваниями внутренних органов начинали с выбора конструкции зубного протеза. Так как при неправильном выборе конструкции происходят ошибки и осложнения. Осложнения на этом этапе выражались в обострении пародонтита, увеличение подвижности зубов, их внедрении в альвеолярный отросток и усугублении атрофии альвеолярного отростка.

Протезирование несъемными зубными протезами

Ортопедическое лечение несъемными зубными протезами проведено 172 (55,3%) больным. Всего изготовлены 244 мостовидных протеза, из них 24 – адгезивных мостовидных протеза (АМП).

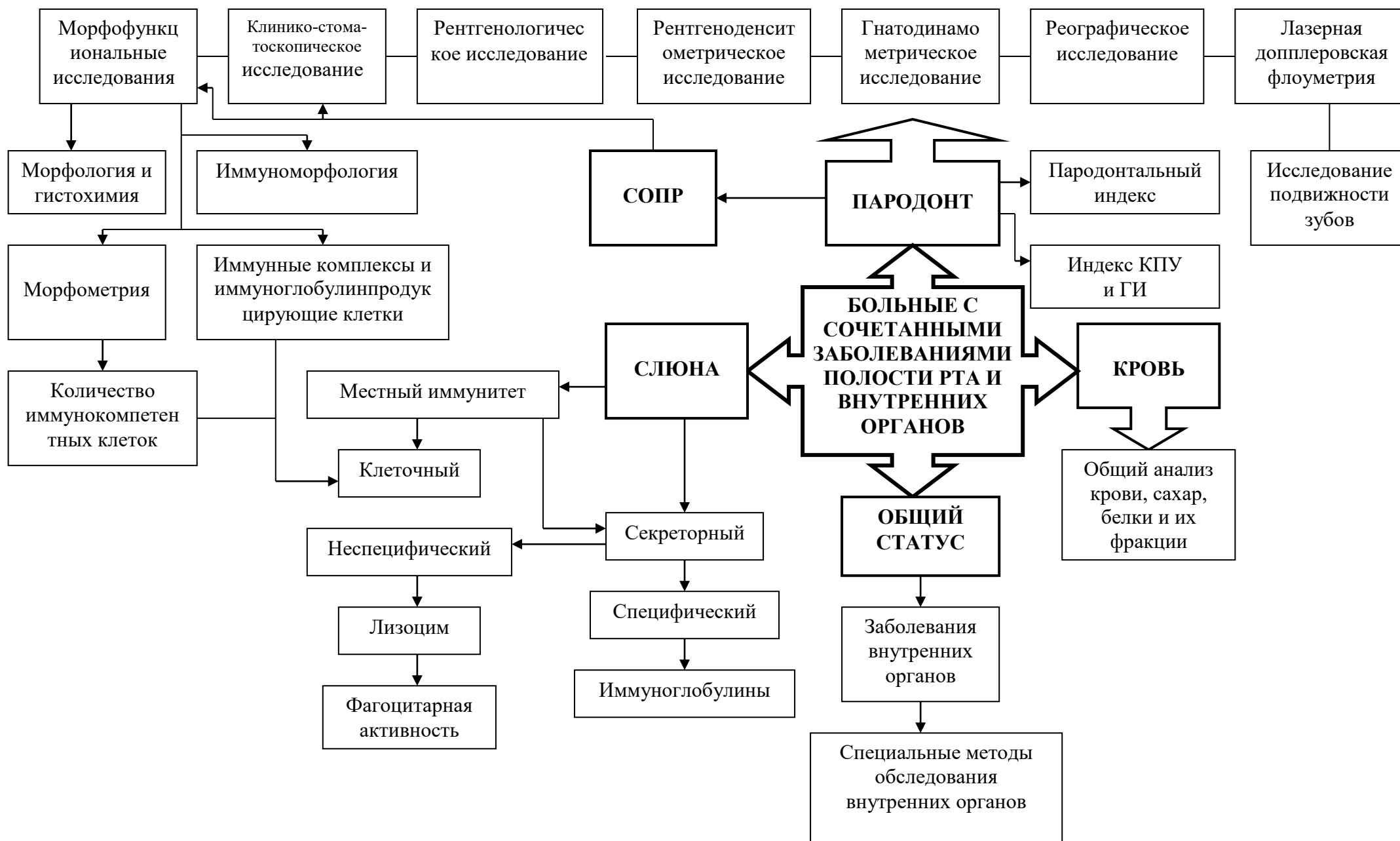
При заболеваниях внутренних органов правильный выбор конструкции мостовидных протезов имеет особое значение, поэтому следует учитывать клинические, рентгенологические и гнатодинаметрические данные устойчивости опорных зубов, предрасположенность тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта к патологическим процессам, использовать математическое моделирование.

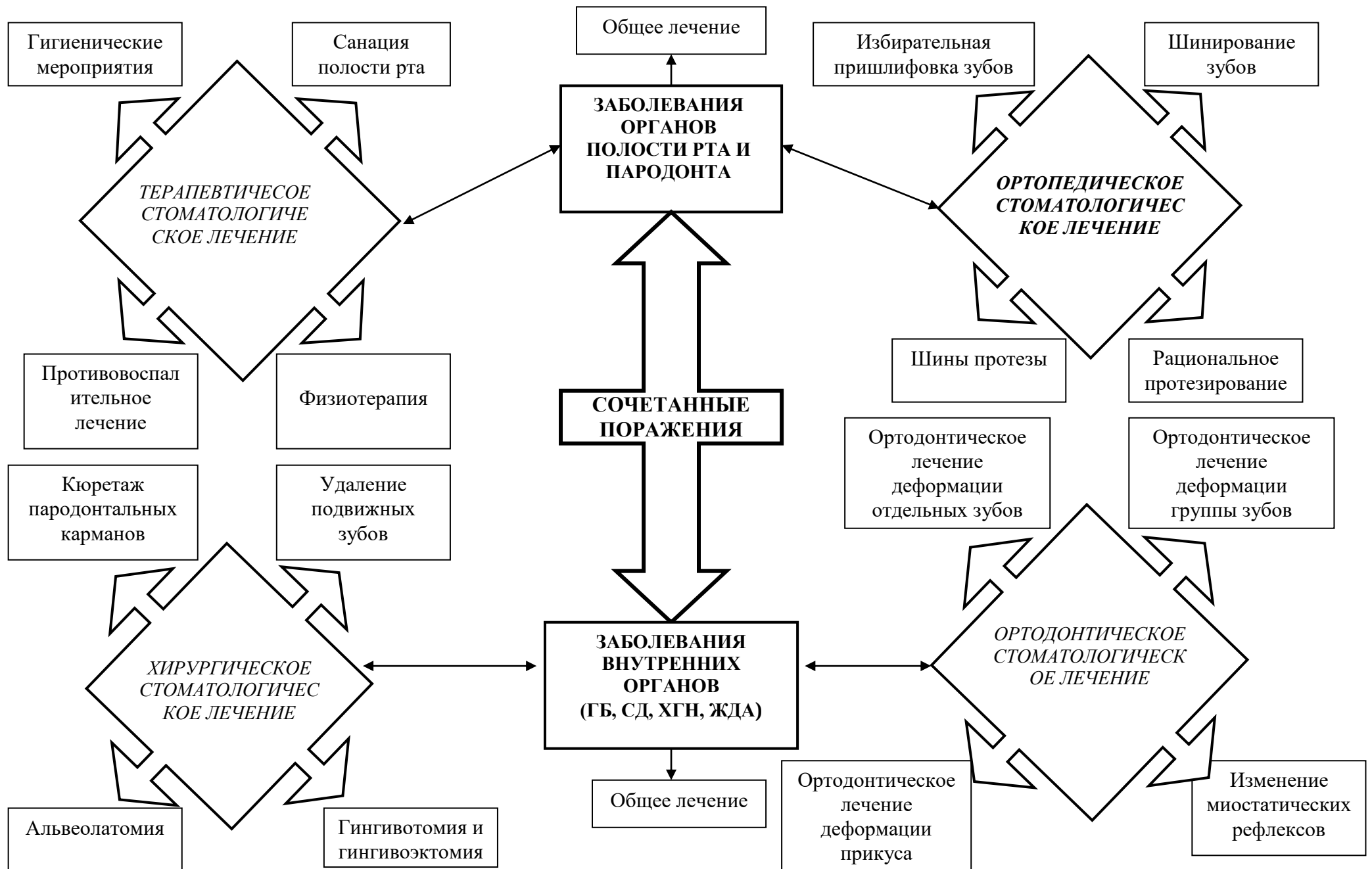
Учитывая частое и глубокое поражение тканей пародонта зубов, мы расширили показания к применению цельнолитых мостовидных протезов с увеличением количества опорных зубов и шинированию бюгельными протезами.

Препарирование зубов сопровождается неприятными ощущениями и чувством боли, связанными с повышением температуры зуба и вибрацией, что небезразлично для зуба, тканей, окружающих, его и всего организма в целом. Увеличение степени давления инструмента на

СХЕМА ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ С СОЧЕТАННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА

СХЕМА 1





препарируемый зуб даже при незначительном увеличении скорости его вращения резко повышает температуру препарированной ткани с соответствующей реакцией. В связи с этим нами предложен наконечник для бормашины, ограничивающий давление на препарированный зуб (рацпредложение № 1007) и устройство к прямому наконечнику, регулирующее скорость вращения инструмента (патент РУз IDP 20000700).

Важную роль придавали изоляции препарированных зубов от прямого воздействия термических и других раздражителей временным колпачком.

В случае изготовления обычной коронки обращали внимание на тщательность шлифовки и полировки ее перед фиксацией, стремясь при этом к тому, чтобы край искусственной коронки не входил в десневой карман и не создавал обратного уступа. При протезировании в области боковых зубов следует отдавать предпочтение экваториальным коронкам.

От качества препарированной поверхности, ее микроструктуры, рельефа, физических и других факторов, возникающих при взаимодействии используемых режущих инструментов (боров, фрез и др.) с препарированной поверхностью, в значительной степени зависит качество протезирования. Поэтому особое внимание уделяли структуре и рельефу препарированной поверхности эмали после избирательной пришлифовки зубов, структуре и рельефу изготавливаемых керамических, пластмассовых и металлических конструкций зубных протезов. Во время коррекции окклюзии и артикуляции зубных протезов обращали внимание на характер взаимодействия этих поверхностей с антагонизирующими естественными зубами, пломбами, протезами, прилегающей слизистой оболочкой полости рта, и взаимодействие с пищевыми продуктами.

Больных с патологией внутренних органов препаровку зубов под опорные коронки производили с уступом. Такие коронки в отличие от обычных не выступают над контуром клинической шейки зуба, следовательно, не нарушают процесс самоочищения десневых карманов и не мешают проведению лечебных мероприятий.

Препаровку зубов под искусственные коронки больным с ЖДА и ХГН производили в один прием, ибо повторные препаровки, как правило, бывают более болезненными и переносятся хуже. Но у больных с ГБ и СД, учитывая повышенную психическую и эмоциональную лабильность, в один прием проводили препаровку всего 2-3 зубов.

При изготовлении металлокерамических протезов строго соблюдали режим препарирования зубов. При получении двухслойных слепков не проводили ретракцию десны больным ГБ; исключали условия, вызывающие раздражения слизистой десны и функциональную травматическую перегрузку пародонта. Перед глазурированием таких протезов тщательно выверяли соотношение зубных рядов в центральной, передней и трансверсальной окклюзии и в различных фазах артикуляции.

Больным СД мостовидными протезами устраняли лишь малые дефекты в боковых отделах зубных рядов, шире использовали шинирующие

мостовидные протезы с учетом состояния пародонта опорных и антогонизирующих зубов.

При гипертонической болезни и хроническом гломерулонефрите атрофия альвеолярного отростка более интенсивно происходит в области фронтальных зубов, вследствие чего подвижность и отсутствие фронтальных зубов у этого контингента больных отмечается чаще.

Разгрузку опорных зубов, в зависимости от их состояния достигали за счет уменьшения окклюзионной поверхности протеза.

Для максимального предупреждения раздражения тканей пародонта для опорных элементов мостовидных протезов использовали микропротезы, экваторные и адгезивные коронки.

При изготовлении адгезивных мостовидных протезов (АМП) установлены следующие их преимущества: минимальность препаровки опорных зубов, следовательно, отсутствие травматического поражения пульпы, высокая косметичность протезов, отсутствие контакта с десной и раздражения.

Среди конструкций предпочтение отдавали цельнолитым, безопасным мостовидным протезам, максимально ограничивали применение припоя, так как его избыточное содержание в протезах является одним из факторов, поддерживающих заболеваний СОПР.

У больных с гломерулонефритом снятие слепков проводили во второй половине дня на фоне назначения соответствующих диуретиков. При протезировании несъемными мостовидными протезами больным с ХГН и СД до максимума укорачивали ширину промежуточной части, а край коронки устанавливали на уровне или выше уровня десны.

Протезирование съемными зубными протезами

При генерализованном пародонтите средней тяжести и дефектах зубных рядов шинирование и протезирование проводили нами различными съемными конструкциями зубных протезов. При наличии больших (3 зуба и более) включенных и концевых дефектов зубных рядов 38 больным применили шинирующие бюгельные протезы. 68 (39,5%) больным были изготовлены съемные (частичные и полные) пластиночные протезы, из них 27 (15,7%) больным были изготовлены съемные протезы нашей конструкции.

Частота нуждаемости в съемных протезах нарастала по мере увеличения продолжительности фонового заболевания.

Выбор конструкции протеза определялся степенью предрасположенности тканей пародонта и СОПР к патологическим изменениям.

При обострениях СД и ХГН слизистая оболочка полости рта разрыхляется, становится отечной, искажается нормальный рельеф тканей протезного ложа, в то же время при ремиссии СД слизистая сухая. Поэтому ортопедическое лечение в период обострения основного заболевания считаем противопоказанным. По результатам наших исследований при ЖДА СОПР истончается, но не сопровождается существенным изменением

рельефа тканей протезного ложа. Поэтому протезирование этих больных начинали без предварительной подготовки.

Пациентам с заболеваниями внутренних органов могут быть изготовлены все разновидности съемных зубных протезов. Наш опыт показал, что среди частичных съемных протезов наиболее рациональными являются опирающиеся конструкции, которые, как известно, отличаются от обычных пластиночных протезов большей функциональной эффективностью, позволяют оптимально распределить жевательное давление между зубами и слизистой оболочкой, шинировать зубы и уменьшать отрицательное влияние протеза на подлежащие ткани. Они более гигиеничны и в меньшей степени нарушают функцию вкусовых, температурных, тактильных рецепторов, что при заболеваниях ХГН и ЖДА имеет большое значение.

Важным этапом изготовления шинирующего зубного протеза, как и других протезов, является получение слепков. При заболеваниях пародонта в результате патологической подвижности зубов даже незначительное давление на зубы вызывает их смещение. Чтобы избежать смещения зубов при снятии слепка, использовали рекомендации Рузуддинова С.Р. и Кузебекова Ж.С. (2004). При незначительной и средней степени подвижности зубов ориентировались на направление подвижности фронтальной группы. При снятии слепка с верхнего зубного ряда ложку со слепочным материалом вначале прижимали к группе фронтальных зубов в направлении спереди назад и вверх. При снятии слепка с зубного ряда нижней челюсти ложку вводили строго по вертикали.

При нарастании амплитуды подвижности зубов перед снятием слепка проводили их лигатурное связывание с помощью ниток на уровне клинической шейки зуба под обязательным контролем окклюзионных соотношений. Если после лигатурного связывания зубов выявляли зоны преждевременных контактов, то эти участки подлежали дополнительному сошлифовыванию.

Для предотвращения маргинального и травматического гингивитов, наиболее выраженных в области фронтальных зубов, базис съемных протезов укорачивали и освобождали слизистую оболочку от давления краем протеза.

Для предотвращения отрицательного влияния базиса на десну десневой край и межзубные сосочки на модели эти участки изолировали тонкой полоской свинца. Такая изоляция обеспечивает контакт базиса протеза только лишь с приэкваториальной частью естественных зубов, оставляя изолированными десневые края.

Учитывая, что в период обострения основного заболевания у слизистой оболочки протезного ложа увеличивается отечность и податливость, снятие слепков или сдачу вновь изготовленных пластиночных зубных протезов считаем нецелесообразным, так как изменяется рельеф протезного ложа и нарушается конгруэнтность базиса протеза и слизистой оболочки протезного ложа.

У больных с ЖДА ткани протезного ложа, несмотря на атрофичность плотные, поэтому в период обострения основного заболевания рельеф слизистой оболочки протезного ложа изменяется незначительно. В связи с этим снятие слепков и сдачу пластиночных зубных протезов можно осуществлять в любой период течения основного заболевания.

Площадь базиса съемного протеза определяли с учетом характера и стадии основного заболевания. Больным с высокими показателями гидрофильности и незначительной выраженностью ороговения эпителия слизистой оболочки протезного ложа, при ее гиперемии частичные съемные протезы изготавливали с укороченными базисами.

Для предотвращения развития кератозов на слизистой оболочке щек, губ и языка больным, длительное время страдающих ГБ, ХГН и больным СД (независимо от длительности заболевания), плечо кламмеров частичного съемного протеза плотно подгоняли к поверхности зуба без зазоров. При этом не ограничивались одним-двумя кламмерами. Увеличение количества кламмеров и использование опорно-удерживающей их конструкции способствовало лучшей фиксации и стабилизации протеза и, что немаловажно, протез при этом приобретал шинирующие свойства. Преимущество отдавали использованию аттачментов разной конструкции.

Больным с частичным дефектом зубного ряда с сохранившимися подвижными зубами II и III степени, нами предложена новая конструкция съемного протеза и новый способ протезирования. При этом съемный протез изготавливали не в виде частичного съемного протеза, а в виде полного съемного протеза с ложем для металлического каркаса на внутренней стороне. Этот вид протеза обеспечивает фиксацию всей конструкции за счет функциональной присасываемости базиса полного съемного протеза.

В предложенном способе протезирования коронковую часть подвижных зубов срезали на половину, на них изготавливали колпачковые шины, связывающие подвижные зубы (металлический каркас). На него затем припасовывается съемный протез. Таким образом совмещаются элементы съемного и несъемного протезирования.

Предложенный способ сохраняет совокупную площадь пародонтальных связок зубов, обеспечивает естественную передачу жевательного давления как на ткани периодонта, так и на слизистую оболочку альвеолярного отростка.

Уменьшение коронковой части зуба способствовало укорочению наружного плеча зуба (внеальвеолярное плечо) и, соответственно, уменьшался момент горизонтальных вывихивающих сил и расшатывание зуба, что, на наш взгляд, является профилактикой дальнейшей атрофии альвеолярного отростка.

Таким образом, предложенный способ позволяет не только сохранить оставшиеся подвижные зубы, но и использовать их для дополнительной ретенции съемного протеза.

Непосредственные результаты ортопедического лечения заболевания тканей пародонта были хорошими у преобладающего большинства больных.

Пациенты были довольны результатами лечения, эстетическими и функциональными качествами протезов. Больные отмечали, что зубы укрепились, кровоточивость десен и воспалительные изменения исчезли. Появилась возможность безболезненного откусывания и пережевывания пищи.

При обследовании больных после завершения ортопедического лечения установлено, что состояние тканей краевого пародонта значительно улучшилось. По данным гнатодинамометрии, выносливость зубов повысилась, уменьшилась подвижность, реографические показатели улучшились.

Режим пользования зубными протезами при заболеваниях внутренних органов имеет свои особенности.

При наличии несъемных зубных протезов гигиенический уход за полостью рта в целом должен быть усилен, т.е. кроме утренних и вечерних гигиенических обработок зубные протезы должны подвергаться очистке после каждого приема пищи.

Для увеличения местной сопротивляемости тканей, улучшения микроциркуляции крови и их трофики, а также с целью профилактики заболеваний пародонта в области опорных зубов пациентам было рекомендовано ежедневное проведение пальцевого массажа в течение 2—3 минут в области каждого зуба. Пациентов обучали проведению массажа вращательными движениями пальцев от переходной складки к десневому краю и обратно, чередуя его поглаживанием по методу С.А.Зуфарова.

Все больные, пользующиеся несъемными конструкциями зубных протезов, проходили профилактический стоматологический осмотр на протяжении первой недели пользования протезами и в дальнейшем не менее чем через каждые 6 месяцев. По мере необходимости получали пародонтологическое лечение.

Соблюдение определенного режима пользования съемными зубными протезами, ухода за ними и тканями протезного ложа предотвращают или уменьшают степень побочного воздействия.

В целях профилактики патологических изменений слизистой оболочки протезного ложа, предрасположенность к которым особенно выражена у больных ГБ и СД, кроме общепринятых норм ухода за полостью рта и зубными протезами пациентам предлагали несколько раз в течение дня снимать протез, ополаскивать полость рта и протез, делать многократные глотательные движения и протирать языком вестибулярную поверхность альвеолярных отростков верхней, а затем нижней челюсти; ежедневно перед сном проводить пальцевой массаж протезного ложа с использованием сливочного масла. Указанные процедуры значительно улучшают гигиеническое состояние слизистой оболочки и микроциркуляцию крови в тканях протезного ложа.

Протез и ткани протезного ложа со временем могут претерпеть различные изменения. Поэтому для своевременного их выявления и

устранения через каждые 4-6 месяцев проводили профилактический осмотр.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выводы

1. Установлены клинические особенности течения стоматологических заболеваний у больных ГБ, СД, ХГН и ЖДА, заключающиеся в повышении интенсивности кариеса зубов, заболеваний СОПР и пародонта в зависимости от клинической формы, степени тяжести и длительности фонового заболевания.

2. Распространенность заболеваний у больных с фоновой патологией остается высокой: при ГБ – 91,6%, при СД – 94,1%, при ХГН – 83,0 % (52,4% в контроле). Статистически достоверно подтверждено, что при изученных заболеваниях поражения пародонта встречаются чаще и протекают тяжелее, чем у лиц без фоновой патологии.

3. На фоне общесоматической патологии в тканях пародонта снижается внутрисосудистое сопротивление сосудов, изменяется давление в венозном отделе сосудистого русла, что приводит к замедлению кровотока в капиллярах и появлению застоя в венозном отделе. У больных ГБ и СД выявленные сосудистые нарушения более существенны, чем у больных с ХГН и ЖДА. Застой в венозном русле приводит к снижению резистентности тканей полости рта, развитию воспалительно-дистрофических процессов и резорбции костной ткани челюстей, что подтверждено снижением минеральной насыщенности у больных СД и ГБ до $0,704 \pm 0,0028$ и $0,921 \pm 0,0024$ в мг/мм³, соответственно, чем в контроле ($1,153 \pm 0,0092$), и снижением выносливости опорного аппарата зубов.

4. Общеморфологические исследования тканей пародонта при ГБ, ХГН и ЖДА свидетельствуют о наличии деструкции тканей с преобладанием репаративной регенерации клеток эпителия, что следует рассматривать как нормальную реакцию организма в ответ на фоновую патологию. А имеющиеся некротические участки тканей пародонта с повреждением стенок микрососудов при сахарном диабете - как следствие общей патологии.

5. Комплексная оценка неспецифических факторов полости рта у больных с заболеванием пародонта на фоне общесоматической патологии выявила снижение фагоцитарной активности лейкоцитов, дефицит лизоцима и их прямую зависимость от тяжести заболеваний. Однако, у больных СД и ХГН выявлено существенное возрастание уровня секреторного иммуноглобулина А (SIgA) $3,47 \pm 0,17$ мг% и $3,51 \pm 0,22$ мг%, соответственно, при норме $2,00 \pm 0,10$ мг%. Это дает основание полагать, что оно является адаптивной реакцией организма, и барьерная защита осуществляется за счет увеличения уровня секреторного иммуноглобулина А в слюне.

6. Частота и тяжесть поражения твердых тканей зубов и пародонта приводят к нарушению целостности зубных рядов у 94,7% больных ГБ, у 86,27% СД, у 72,3% ХГН, у 85,1% ЖДА и высокой нуждемости их в стоматологической помощи, в том числе до 92% в зубном протезировании.

Объем и последовательность этой помощи зависит от нозологической формы и степени тяжести фоновой патологии.

7. Эффективность лечения сочетанных поражений СОПР и пародонта у больных с фоновой патологией во многом зависит от успеха терапии сопутствующего заболевания. Эффективно дифференцированное применение предложенной нами схемы комплексного лечения стоматологических заболеваний с параллельной терапией общей патологии организма, что предупреждает прогрессирование повреждений тканей полости рта и ускоряет процесс общей и стоматологической реабилитации.

8. Разработанная нами диалоговая компьютерная программа «Стоматолог» позволяет индивидуально оценить клинико-функциональное состояние органов полости рта, контролировать эффективность лечебно-профилактических мероприятий и обеспечивает индивидуальный подход к выбору лечебно-профилактических средств.

9. Больные с заболеваниями внутренних органов, пользующиеся различными зубными протезами, нуждаются в постоянном диспансерном наблюдении стоматолога-ортопеда.

Практические рекомендации

1. Врачам всех специальностей необходимо помнить, что патология внутренних органов (ГБ, СД, ХГН И ЖДА) играет патогенетическую роль в развитии и течении ряда заболеваний СОПР и пародонта, являющихся причиной ранней потери зубов.

2. Лечение стоматологических заболеваний и фоновой патологии должно проводиться стоматологом и терапевтами по согласованному комплексному плану (схема, предложенная нами) и ставить целью не только лечение заболеваний, но в конечном итоге улучшить качество жизни.

3. Для определения степени подвижности зубов у больных с поражением пародонта рекомендуем использовать предложенное нами устройство к прямому наконечнику, регулирующее скорость вращения инструмента; и приспособление к стоматологическому наконечнику, дозирующее давление инструмента на препарируемый зуб.

4. Эффективность комплексного лечения заболеваний пародонта можно оценить рентгеноденситометрическим и ЛДФ-метрическим методами.

5. При изготовлении консольных зубных протезов с целью профилактики перегрузки опорных зубов рекомендуем использовать предложенный нами способ протезирования и съемный зубной протез для больных с ослабленной периодонтальной тканью.

6. При выборе конструкции зубных протезов рекомендуем шире использовать предложенные нами методы математического моделирования и диалоговую компьютерную программу «Стоматолог» для ПЭВМ, дающую возможность индивидуального выбора методов стоматологического, в том числе ортопедического лечения конкретного больного. Программа удобна в использовании и высоко информативна.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Журнальные статьи

1. Нигматов Р., Хабилов Н.Л. Тиш каторлари кисман нуксонида пародонт кон томирларининг функционал холатини урганиш //Мед. журн. Узбекистана.- Т., 1997. - № 3. - С.57-59.
2. Нигматов Р., Рахматуллаев Ф. Хабилов Н.Л. Умумий соматик касаллиги булган беморларда пародонт ва протез майдони шиллик пардаси гемодинамикасининг узгариши //Мед. журн. Узбекистана. –Т., 1997. - № 11-12. - С. 101-103.
3. Зуфаров С.А., Нигматов Р., Хабилов Н.Л. Тиш каторларининг кисман нуксонида тиш пародонтининг чидамлилиқ даражасини текшириш //Среднеазиатский науч.-практ. журн. “Stomatologia”.- Т., 1998.- №2. – С. 35-37.
4. Зуфаров С.А., Нигматов Р., Хабилов Н.Л. Исследование выносливости пародонта зубов при частичных дефектах зубного ряда //Здравоохранение Таджикистана.- 1998.-№ 4. –С. 28-32.
5. Нигматов Р., Хабилов Н.Л. Тиш каторларининг айрим нуксонларини ортопедик даволашда пародонтнинг функционал холатини урганиш //Мед. журн. Узбекистана. –Т., 1999. - № 3. - С. 70-72.
6. Нигматов Р., Хабилов Р.Т., Ирсалиев Х.И., Ханазаров Д.А. Состояние слизистой оболочки полости рта у больных с хроническими заболеваниями почек и их чувствительность к материалам, используемым при протезировании //Среднеазиатский науч.-практ. журн. “Stomatologia”.- Т., 1999.- № 3 (5). – С. 29-30.
7. Нигматов Р. Динамика и интенсивность нагрева твердых тканей зубов при препаровке их модифицированными и обычными стальными борами в эксперименте //Казанский вестник стоматологии. Книга первая. - Казань, 1999. – С. –20-22.
8. Нигматов Р., Хабилов Н.Л., Кадыров Р.Х. Планирование конструкции мостовидного протеза при помощи ЭВМ с учетом состояния опорных зубов //Мед. журн. Узбекистана. –Т., 1999. - № 4. - С. 48-51.
9. Нигматов Р., Ханазаров Д.А., Файзуллаев С.А. Исследование ультраструктуры твердых тканей зубов молочного и постоянного прикуса при помощи сканирующего электронного микроскопа //Мед. журн. Узбекистана. –Т., 2000. - № 1-2. - С. 78-79.
10. Нигматов Р., Хабилов Р.Т., Якубова Ф.Х. Нормализация окклюзии путем избирательного пришлифовывания зубов химическим способом //Среднеазиатский науч.-практ. журн. “Stomatologia”. –Т., 2000.- № 1 (7). – С. 40-42.
11. Нигматов Р., Кальменова Г.Т., Юлдашев О.Т., Хабилов Р.Т. Состояние протезного ложа у больных с различными общесоматическими заболеваниями //Среднеазиатский науч.-практ. журн. “Stomatologia”.- Т., 2000.- № 2 (8). – С. 34-36.

12. Нигматов Р., Хабилов Н.Л., Цой С.К. Восстановление малых включенных дефектов зубных рядов с применением методики минимальной препаровки опорных зубов //Среднеазиатский науч.-практ. журн. "Stomatologiya".- Т., 2000.- № 2 (8). – С. 39-41.
13. Нигматов Р. Состояние слизистой оболочки полости рта при некоторых системных заболеваниях организма //Материалы II (V) съезда стоматол. Респ. Казахстан (28-30 сент., 2000 г. г.Астана): Пробл. стоматол. - Алма-Ата, 2000.- № 3 (9). - С. 117-118.
14. Ахмедов П.М., Зуфаров С.А., Нигматов Р. Состояние тканей протезного ложа у больных с гематологическими заболеваниями //Среднеазиатский науч.-практ. журн. "Stomatologiya". –Т., 2000.- № 3 (9). – С. 30-32.
15. Ирсалиев Х.И., Нигматов Р., Калменова Г.Т., Байбекова Э.М. Клинико-морфологическое изучение слизистой оболочки полости рта у больных с гипертонической болезнью //Мед. журн. Узбекистана. –Т., 2000. - № 5-6. - С. 90-92.
16. Нигматов Р., Олтеева Н.О., Шоисломов Б.Ш., Пулатова Т.П. Шифобахш ўсимликларнинг стоматология амалиётида қўлланилиши./ Монография. – Т., 2001. - 186 с.
17. Нигматов Р., Ахмедов П.М., Юлдашева Н.Р. Влияние заболевания крови на состояние протезного ложа //Междунар. конф.: Пробл. стоматол.- Алма-Ата, 2001.- № 4 (14). – С.84-85.
18. Нигматов Р. Особенности состояния тканей протезного ложа при гематологических заболеваниях //Журн. Новости стоматологии Кавказии. -Азербайджан, г.Баку, 2001. - № 4.- С. 30-33.
19. Нигматов Р., Нажмитдинова Д.К., Юлдашева Н.Р., Ганиев У.А. Особенности тканей полости рта у больных с сахарным диабетом //Среднеазиатский науч.-практ. журн. "Stomatologiya".- Т., 2001.- № 4 (14). – С. 31-33.
20. Нигматов Р., Кальменова Г.Т. Состояние слизистой оболочки полости рта у больных с гипертонической болезнью //Новое в стоматологии. - Москва, 2001.- № 4 (94). – С. 78-80.
21. Nigmatov R. Hemodynamics of the abutment teeth parodont in combined dentition defects //Журн. Новости стоматологии Кавказии.- Баку, 2002.- № 1.(5). – С. 24-25.
22. Нигматов Р., Галиев С.Б., Ганиев У.А. Новый вариант съемного протезирования пациентов с ослабленной периодонтальной тканью //Среднеазиатский науч.-практ. журн. "Stomatologiya".- Т., 2002.- № 1-2 (15-16). – С. 53-54.
23. Нигматов Р., Ганиев У.А., Нажмутдинова Д.К., Ибрагимов А.Ф. Некоторые показатели состояния микроциркуляции пародонта у больных сахарным диабетом и диффузным токсическим зобом по данным лазерной доплеровской флоуметрии //Пробл. стоматол.- Алма-Ата, 2003.- № 2 (20). – С.105-106.

24. Нигматов Р. Компьютерная автоматизированная системы «Стоматолог» для сбора и обработки клинико-функциональной информации при диагностике стоматологических больных //Среднеазиатский науч.-практ. журн. «Stomatologia».- Т., 2003.- № 3-4. –С. 94-97.

25. Нигматов Р. Клинико-функциональная характеристика органов полости рта больных с хроническим заболеванием почек //Матер. междун. науч.-практ. конф.: Пробл. соврем. стоматол. Казахстана. Сб. науч. работ. Часть –2.- Алматы, 2004.- С.238-244.

26. Нигматов Р. Исследование плотности костной ткани нижней челюсти у больных сахарным диабетом и диффузным токсическим зобом //Российский стоматол. журн. – Москва: Медицина, 2004.- № 4. – С. 29-31.

27. Нигматов Р. Существенные аспекты повышения эффективности ортопедического лечения больных с заболеванием внутренних органов //Науч.-практ. журн. «Dentist Казакстан».- Алматы, 2005.- №1 (1).-С.153-156.

28. Нигматов Р. Гемодинамика тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта при заболеваниях внутренних органов //Среднеазиатский науч.-практ. журн. «Stomatologia».- Т., 2005.- № 3-4 (29-30). –С.89-92.

29. Нигматов Р., Абдуллаев Г.К., Юлдашев О.Т. Как сохранить зубы – это должен знать каждый //Монография. – Т., 2006.- 80 с.

30. Нигматов Р., Якубова Ф.Х., Байбеков И.М. Микроструктура твердых тканей зубов при избирательной их пришлифовки //Науч.-практ. журн. «Dentist Казакстан».- Алматы, 2006.- №1 (3).-С.89-92.

Статьи в сборниках

31. Нигматов Р., Зуфаров С.А., Хабилов Л.Х. Способ улучшения физико-механических и медико-биологических характеристик металлических зубных протезов ионно-плазменной обработкой //Клинич. стоматол. – Т., 1986. – С. 83-87.

32. Нигматов Р. Способ снижения коррозии сплавов, применяемых в практике ортопедической стоматологии //Клинич. стоматол. –Т., 1987.-С. 38-40.

33. Нигматов Р., Тургунов И.Т., Шукуров И.Ш., Аманов Н.А. Статистическая обработка результатов медико-биологических исследований с помощью программ для микрокалькулятора //Теория и практика стоматол.: Сб. науч. тр. –Т., 1991.- С. 93-98.

34. Нигматов Р., Зуфаров А.А., Абдуллаев Г.К., Адилов К.А., Дадамова А.Д., Бутова Н.Н., Расулова Л.А. Состояние органов полости рта у работников фабрики «Ташигрушка» // Теория и практика стоматол.: Сб. науч. тр. –Т., 1991.- С. 60-63.

35. Нигматов Р. Температурные изменения твердых тканей зубов при препаровки их разными стоматологическими борами в эксперименте // Итоги науч. иссл. по актуал. вопр. медицинской науки и здравоохранения. Сб. науч. тр.: Выпуск № 2. –Т., 1994. –С. 132-135.

36. Нигматов Р., Файзуллаев С.А., Камиллов Х.П., Мартиросова И.С. Сбор и обработка данных реопародонтографии на персональном компьютере

IBM PC/AT //Итоги науч. исслед. по актуал. вопр. медиц. науки и здравоохран. Сб. науч. тр.: Выпуск № 3. Книга № 2.- Т., 1995. –С. 206-208.

37. Зуфаров А.С., Нигматов Р., Беликов А.Б. Анализ причин переломов съемных протезов // Итоги науч. исслед. по актуал. вопр. медиц. науки и здравоохран. Сб. науч. тр.: Выпуск № 3, Книга № 2.- Т., 1995. –С. 167-168.

38. Нигматов Р., Юлдашева Н.Р. Особенности оказания комплексной стоматологической помощи больным с заболеванием внутренних органов //1-ый Ташкентский междун. науч.-практ. Форум стоматол.: Актуал. вопр. соврем. стоматол. 1-ая Узбекская междун. выставка. (Ташкент 5-7 апрель, 2005г.).-Т.,2005.-С.6-9.

Тезисы

39. Нигматов Р. Применение гальванотехники в ортопедической стоматологии //Тез. докл. конф.: Вклад молодых ученых в практику здравоохран. Узбекистана. –Т., 1989. – С. 140-141.

40. Нигматов Р. Денситометрическое исследование костной ткани челюстей у больных сахарным диабетом //Республика илмий - амалий анжуман «Ногиронларни тиббий-ижтимоий реабилитацияси» («Медико-социальная реабилитация инвалидов». Тез. докл. Республ. науч.-практ. семинара). –Т., 2003.- С. 154.

41. Нигматов Р. Гемодинамика слизистой протезного ложа у больных с заболеванием эндокринной системы по данным лазерной доплеровской флоуметрии //Республика илмий - амалий анжуман «Ногиронларни тиббий-ижтимоий реабилитацияси» («Медико-социальная реабилитация инвалидов». Тез. докл. Республ. науч.-практ. семинара). –Т., 2003.- С. 153-154.

42. Нигматов Р. Состояние подвижности зубов у лиц со здоровым пародонтом и без фоновой патологией // Материалы междунар. науч.-практ. конф. Сб. науч. работ.: Проблемы современной стоматол. Казахстана. Часть – 2.- Алматы, 2004.- С.327-328.

Патенты и рационализаторские предложения

43. Нигматов Р., Мамедова Ф.М., Камилов Х.П., Халилова З.А., Азимов Р.К., Юхматов Б.В. Устройство для определения подвижности зубов //патент Республики Узбекистан. ЗН1 НДР 95005711 от 13.06.1995.-Т., 1995.

44. Нигматов Р., Ханазаров Д. Устройство к прямому наконечнику, регулирующее скорость вращения инструмента (Асбобнинг айланиш тезлигини ростловчи тугри учликка тегишли курилма) //патент Республики Узбекистан IDP 20000700 от 05.09.2000 г.

45. Нигматов Р., Нигматов Б. Стоматолог / Решение о регистрации программы для ЭВМ //патент Республики Узбекистан № DGU 00436, Государственное патентное ведомство DGU 20010042., от 17.07.2001 г.

46. Нигматов Р., Галиев С., Ганиев У. Способ протезирования больных с ослабленной периодонтальной тканью и съемный зубной протез

для больных с данной патологией» //патент Республики Узбекистан № IAP 02823 от 03.08.2005 г.

47. Нигматов Р., Зуфаров С.А., Хамидов А.А. Электронный термометр стоматологический – ЭТС –1 //Рационализаторское предложение № 1015 от 23.02.1989 г.

48. Нигматов Р., Терехов В.В. Приспособление, к прямому стоматологическому наконечнику дозирующее давление инструмента на препарируемый зуб //Рационализаторское предложение № 1007 от 08.02.1989г.

49. Нигматов Р., Хабилов Н.Л., Зуфаров А.С. Способ профилактики перегрузки опорных зубов при консольном протезировании //Рационализаторское предложение № 2108 от 24.06.1993 г.

50. Нигматов Р., Ганиев У., Галиев С., Юлдашева Н.Р. Способ протезирования больных с ослабленной периодонтальной тканью //Рационализаторское предложение № 75 от 24.12.2002 г.

51. Нигматов Р., Якубова Ф.Х. Способ избирательной пришлифовки преждевременно контактирующих зубов //Рационализаторское предложение № 2117 от 03.04.2005.

52. Нигматов Р., Якубова Ф.Х. Способ диагностики преждевременных окклюзионных контактов (супраконтактов) зубов и зубных рядов //Рационализаторское предложение №2118 от 03.03.2005.

Методические рекомендации

53. Нигматов Р., Маликов К.С., Хабилов Л.Х., Умурзаков Б.Х., Тиллаходжаев С.Р. Организация работы стоматологических учреждений по использованию в медицинской практике металлических зубных протезов с многослойными композиционными покрытиями (МЗП-композит) //Методические рекомендации. –Т., 1986.- 34 с.

54. Нигматов Р., Рахматуллаев Ф.Т. Тишларнинг тож кисми нуксонларини сунъий копламалар билан ортопедик усулда даволаш //Методик кулланма. –Т., 2001.- 18 б.

55. Нигматов Р., Рахматуллаев Ф.Т. Тиш каторларининг иккиламчи кисман нуксонларини кўприксимон протезлар ёрдамида ортопедик даволаш //Методик кулланма. – Т., 2001.- 25 б.

56. Нигматов Р., Рахматуллаев Ф.Т. Ортопедическое лечение патологии твердых тканей зубов искусственными коронками //Методические рекомендации. – Т., 2001.-18 с.

57. Нигматов Р., Рахматуллаев Ф.Т. Ортопедическое лечение частичных дефектов зубных рядов мостовидными протезами //Методические рекомендации. – Т., 2001.-26 с.

Соискатель:

Тиббиёт фанлари доктори илмий даражасига талабгор Рахматулла Нигматовнинг 14.00.21 – Стоматология ихтисослиги бўйича «Ички орган касалликлари бўлган беморлар оғиз бўшлиғининг ҳолати: ташхислаш, даволаш ва олдини олиш» мавзусидаги докторлик диссертациясининг
РЕЗЮМЕСИ

Таянч (энг муҳим) сўзлар: оғиз бўшлиғи (ОБ) орган ва тўқималари, оғиз бўшлиғи шиллик қавати касалликлари (ОБШҚК), пародонт касалликлари (ПК), ҳафакон касаллиги (ХК), қандли диабет (ҚД), сурункали гломерулонефрит (СГН), темир танқислик анемияси (ТТА), стоматологик ёрдам, тиш протезлари, компьютер программаси (КП).

Тадқиқот объектлари: ички орган касалликлари фонида кечаётган ОБШҚК ва ПК бор бўлган 311 нафар бемор ва 192 ички орган касаллиги бўлмаган амалда соғлом стоматологик беморлар.

Ишнинг мақсади: ички орган касалликлари фонида кечаётган ОБнинг ҳолатини клиник-функционал усуллар ёрдамида текшириш ва стоматологик касалликларни ташхислаш, комплекс даволаш ва олдини олиш усуллари жорий этишдан иборатдир.

Тадқиқот усуллари: клиник-стоматоскопик, реографик, гнатодинамометрик, ЛДФ-метрик, рентгенологик, рентгеноденситометрик, термометрик, морфологик ва иммунологик.

Олинган натижалар ва уларнинг янгилиги: 311 ички касаллиги бўлган беморларда ўтказилган комплекс текширув натижаларида ОБШҚК ва ПКларининг ўзига хос хусусиятлари борлиги ва бу хусусиятлар ички касаллик турига, касалликнинг оғирлик даражасига ва унинг давомийлигига узвий боғликлиги аниқланди.

ХК, ҚД, СГН ва ТТА бўлган беморларнинг ОБШҚК ва ПКни илмий жиҳатдан асосланган дифференциал стоматологик даволаш ва олдини олиш чоралари белгилаб берилди.

ОБнинг клиник-функционал ҳолатини ва индивидуал даволаш муложаларини белгилашга ёрдам берувчи компьютер дастури ишлаб чиқилди.

Амалий аҳамияти: Ички касаллиги бўлган беморларнинг ОБШҚК ва ПКларини комплекс ташхислаш ва стоматологик даволаш схемалари таклиф этилди.

ПК бўлган беморларни ортопедик стоматологик усулда даволаш учун таянч тишларни зўриқишдан сақловчи консольсимон протезлар ва янги конструкцияли олиб қўйилувчи протез ва уни тайёрлаш усули таклиф этилди.

Татбиқ этиш даражаси ва иқтисодий самарадорлиги: ушбу илмий иш натижаларидан Тошкент тиббиёт академиясининг ортопедик стоматология ва ортодонтия кафедрасида, Тошкент врачлар малакасини ошириш институтининг стоматология кафедрасида ва Тошкент шаҳар стоматология поликлиникалари амалиётида фойдаланилмоқда.

Қўлланиш (фойдаланиш) соҳаси: стоматология.

РЕЗЮМЕ

Диссертации Нигматова Рахматуллы на тему: «Состояние полости рта у больных с заболеваниями внутренних органов: диагностика, лечение и профилактика» на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.00.21- Стоматология

Ключевые слова: Органы полости рта, слизистая оболочка полости рта (СОПР), заболевание пародонта (ЗП), гипертоническая болезнь (ГБ), сахарный диабет (СД), хронический гломерулонефрит (ХГН), железодефицитная анемия (ЖДА), стоматологическая помощь, зубные протезы, компьютерная программа (КП).

Объекты исследования: 311 больных с заболеваниями органов полости рта и пародонта протекающих на фоне заболевания внутренних органов и 192 пациента без фоновой патологии.

Цель работы: изучить у больных с заболеваниями внутренних органов клиничко-функциональные изменения тканей полости рта, совершенствовать их диагностику, лечение и профилактику.

Методы исследования: клиничко-стоматоскопические, гнатодинамометрические, реографические, ЛДФ-метрические, рентгенологические, рентгеноденситометрические, термометрические, морфологические и иммунологические.

Полученные результаты и их новизна: комплексным исследованием 311 больных с заболеваниями внутренних органов установлено, что клиника и течение у них болезни СОПР и ЗП имеют свои особенности, которые зависят от формы, степени тяжести и продолжительности основного заболевания.

Для эффективного лечения и профилактики заболевания СОПР и пародонта у больных ГБ, СД, ХГН и ЖДА впервые даны научно-обоснованные рекомендации дифференцированной стоматологической тактики зубного протезирования.

Разработана компьютерная программа, позволяющая оценивать клиничко-функциональное состояние органов полости рта, обеспечивающая оптимизацию к индивидуальному выбору лечебно-профилактических мероприятий.

Практическая значимость: Предложены комплексные схемы диагностики и дифференцированной тактики стоматологического лечения больных с поражением СОПР и пародонта у больных с внутренней патологией, в зависимости от клиники основного заболевания.

С целью ортопедического лечения рекомендованы способ профилактики перегрузки опорных зубов при изготовлении консольных зубных протезов, а также способ и съемный зубной протез новой конструкции больным с ЗП.

Степень внедрения и экономическая эффективность: Результаты исследования внедрены в практику клиники и кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии ТМА, кафедры стоматологии ИУВ РУз, стоматологических поликлиник г.Ташкента.

Область применения: стоматология.

RESUME

Thesis of Nigmatov Rakhmatulla on «The condition of oral cavity in patients with diseases visceral organs: diagnostics, treatment and prevention» for scientific degree of the Doctor of Medical Sciences in a speciality 14.00.21-Stomatology

Key words: Oral cavity organs, oral mucosa diseases (OMD), paradontium diseases (PD), hypertention (H), diabetis mellitus (DM), chronic glomerulonephritis (CGN), iron-deficiency anaemia (IDA), the dental care, denture, the computer program (CP).

Subjects of the inquiry: 311 patients with diseases of oral cavity and paradontium associated with diseases of visceral organs and 192 patients with out these pathologies.

Aim of the inquiry: to study clinical-functional changes of tissue of oral cavity, to improve their diagnostics, treatment and prevention on in patients with diseases of visceral organs.

Methods of inquiry: clinical stomatoscopic, gnatodynamometric, rheographic, Laser-Doppler-Fluometric (LDF), radiological, Roentgendensitometric, thermometric, morphological and immunologic.

The results achieved and their novelty: by complex research of 311 patients with diseases it was found, that the clinical course of OMD and PD have the features which depend on the form, degrees of severity and duration of the basic disease.

For effective treatment and prevention of disease OMD and PD in patients H, DM, CGN, IDA, for the first time scientifically-grounded recommendations of differentiated stomatologic tactics of dental prosthetics are given.

The computer program has been is developed, allowing to estimate a clinical-functional condition organs of the oral cavity, providing optimization to an individual choice of treatment-and-prophylactic actions.

Practical value: a complex protocol of diagnostics and differentiated tactics of stomatologic treatment of patients with various clinical forms of OMD and PD in patients with an visceral organs is offered, depending on clinical course of the basic disease.

With the purpose of orthopedic treatment a way of prevention of an overload of a basic teeth at manufacturing console dentures and also a way of prosthetics of patients with weakened periodontal tissue and a removal denture of a new design are recommended.

Degree of embed and economic effectivity: Results of research are introduced in clinic and faculty of orthopedic stomatology and orthodontics Tashkent Medical Academy, in faculty of stomatology Tashkent Institute Post Graduate, in stomatologic polyclinics of Tashkent.

Sphere of usage: stomatology.

Автор выражает глубокую благодарность учителю доктору медицинских наук, профессору ЗУФАРОВУ Сабирджан Ахмеджановичу за научно-консультативную помощь при планировании и выполнении работы, доктору медицинских наук, профессору кафедры клинической фармакологии МАВЛЯНОВУ Искандар Рахимовичу за консультативную помощь при выполнении работы.